

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK UND  
DEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER  
ORGANISCHEN PSYCHOSEN, DER SCHIZOPHRENEN  
PSYCHOSEN UND DER PARANOIDEN SYNDROME

Johann Wasner

1985

*Diss  
München*





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554811\\_0005](https://archive.org/details/IA41554811_0005)



Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Psychopathologische Symptomatik und demographische Merkmale  
der  
organischen Psychosen, der schizophrenen Psychosen und der  
paranoiden Syndrome

Eine Untersuchung an 660 im Jahre 1980 stationär in der Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten  
Patienten

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnmedizin an der  
Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Johann Wasner  
aus  
Oberham  
1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippus

Mitberichterstatter:

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 03.10.1985

Meinen Eltern

gewidmet

## Inhaltsverzeichnis

Seite

### Teil 1

|          |                                                                                                                                          |    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.       | <u>Einleitung</u>                                                                                                                        | 1  |
| 1.1.     | Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie                                                                                    | 1  |
| 1.2.     | Lehrbuchbeschreibung der organischen Psychosen, der schizophrenen Psychosen, der atypisch endogenen Psychose und der paranoiden Syndrome | 7  |
| 1.2.1.   | Organische Psychosen                                                                                                                     | 7  |
| 1.2.1.1. | Begriffserklärung und historische Anmerkungen                                                                                            | 7  |
| 1.2.1.2. | Klinische Bilder organischer Psychosen                                                                                                   | 10 |
| 1.2.1.3. | Ursache der organischen Psychosen                                                                                                        | 14 |
| 1.2.2.   | Schizophrene Psychosen                                                                                                                   | 14 |
| 1.2.2.1. | Begriffserklärung und historische Anmerkungen                                                                                            | 14 |
| 1.2.2.2. | Psychopathologische Symptomatik                                                                                                          | 17 |
| 1.2.2.3. | Diagnose und Differentialdiagnose der Zustandsbilder und Verlaufsformen                                                                  | 18 |
| 1.2.3.   | Atypisch endogene Psychose                                                                                                               | 20 |
| 1.2.4.   | Paranoide Syndrome                                                                                                                       | 22 |
| 1.2.4.1  | Begriffserklärung und historische Anmerkungen                                                                                            | 22 |
| 1.2.4.2. | Gliederung der paranoiden Syndrome                                                                                                       | 23 |

### Teil 2

|    |                                             |    |
|----|---------------------------------------------|----|
| 2. | <u>Material, Methodik und Fragestellung</u> | 25 |
|----|---------------------------------------------|----|

|          | Seite                                                                                                 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1.     | Beschreibung der Daten 25                                                                             |
| 2.2.     | Methodik 25                                                                                           |
| 2.3.     | Fragestellung 28                                                                                      |
|          | <u>Teil 3</u>                                                                                         |
| 3.       | <u>Darstellung der Ergebnisse</u> 29                                                                  |
| 3.1.     | <u>Untersuchung der Grundgesamtheit: gesamtes Patientengut</u> 29                                     |
| 3.1.1.   | Geschlechtsverteilung 29                                                                              |
| 3.1.2.   | Verteilung der Diagnosen 29                                                                           |
| 3.1.2.1. | Übersicht 29                                                                                          |
| 3.1.2.2. | Häufigkeitsverteilung 30                                                                              |
| 3.1.2.3. | Geschlechtsverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen 30                                      |
| 3.1.3.   | Altersverteilung 32                                                                                   |
| 3.1.4.   | Aufenthaltsdauer in der Klinik 32                                                                     |
| 3.1.5.   | Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik 33                                |
| 3.1.6.   | Psychosoziale Beeinträchtigung 34                                                                     |
| 3.1.6.1. | Begriffserklärung 34                                                                                  |
| 3.1.6.2. | Psychosoziale Beeinträchtigung bei der Aufnahme und bei der Entlassung des gesamten Patientengutes 35 |
| 3.1.7.   | Psychopathologische Symptomatik 36                                                                    |
| 3.2.     | <u>Untersuchung der Diagnosegruppen</u> 40                                                            |
| 3.2.1.   | <u>Beschreibung der akuten organischen Psychosen</u> 40                                               |
| 3.2.1.1. | Altersverteilung 40                                                                                   |

|          |                                                                                 |    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.2.1.2. | Aufenthaltsdauer in der Klinik                                                  | 40 |
| 3.2.1.3. | Anzahl aller bisherigen Aufenthalte<br>in einer psychiatrischen Klinik          | 41 |
| 3.2.1.4. | Psychosoziale Beeinträchtigung                                                  | 42 |
| 3.2.1.5. | Psychischer Aufnahmebefund                                                      | 42 |
| 3.2.2.   | <u>Beschreibung der chronischen organischen Psychosen</u>                       | 45 |
| 3.2.2.1. | Altersverteilung                                                                | 45 |
| 3.2.2.2. | Aufenthaltsdauer in der Klinik                                                  | 46 |
| 3.2.2.3. | Anzahl aller bisherigen Aufenthalte<br>in einer psychiatrischen Klinik          | 46 |
| 3.2.2.4. | Psychosoziale Beeinträchtigung                                                  | 47 |
| 3.2.2.5. | Psychischer Aufnahmebefund                                                      | 47 |
| 3.2.3.   | <u>Beschreibung der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose)</u> | 50 |
| 3.2.3.1. | Altersverteilung                                                                | 50 |
| 3.2.3.2. | Aufenthaltsdauer in der Klinik                                                  | 51 |
| 3.2.3.3. | Anzahl aller bisherigen Aufenthalte<br>in einer psychiatrischen Klinik          | 51 |
| 3.2.3.4. | Psychosoziale Beeinträchtigung                                                  | 52 |
| 3.2.3.5. | Psychischer Aufnahmebefund                                                      | 52 |
| 3.2.4.   | <u>Beschreibung der schizoaffektiven Psychose</u>                               | 56 |
| 3.2.4.1. | Altersverteilung                                                                | 56 |
| 3.2.4.2. | Aufenthaltsdauer in der Klinik                                                  | 56 |

|                                                                                                                                                                   | Seite |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.2.4.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte<br>in einer psychiatrischen Klinik                                                                                   | 57    |
| 3.2.4.4. Psychosoziale Beeinträchtigung                                                                                                                           | 58    |
| 3.2.4.5. Psychischer Aufnahmebefund                                                                                                                               | 58    |
| 3.2.5. <u>Beschreibung der paranoiden Syndrome</u>                                                                                                                | 62    |
| 3.2.5.1. Altersverteilung                                                                                                                                         | 62    |
| 3.2.5.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik                                                                                                                           | 62    |
| 3.2.5.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte<br>in einer psychiatrischen Klinik                                                                                   | 63    |
| 3.2.5.4. Psychosoziale Beeinträchtigung                                                                                                                           | 63    |
| 3.2.5.5. Psychischer Aufnahmebefund                                                                                                                               | 64    |
| <br>                                                                                                                                                              |       |
| <u>Teil 4</u>                                                                                                                                                     |       |
| 4. <u>Diskussion</u>                                                                                                                                              | 67    |
| 4.1. Vergleichende Betrachtung des ge-<br>samten Patientengutes und der ein-<br>zelnen Diagnosegruppen anhand der<br>demographischen und klinischen Merk-<br>male | 67    |
| 4.1.1. Durchschnittsalter                                                                                                                                         | 67    |
| 4.1.2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in<br>der Klinik                                                                                                        | 68    |
| 4.1.3. Durchschnittliche Anzahl aller bis-<br>herigen Aufenthalte in psychiatrischen<br>Kliniken                                                                  | 69    |
| 4.1.4. Durchschnittliche psychosoziale Be-<br>einträchtigung                                                                                                      | 70    |
| 4.1.4.1. Durchschnittliche psychosoziale Be-<br>einträchtigung bei der Aufnahme                                                                                   | 70    |

|                                                                                                                               | Seite |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4.1.4.2. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Entlassung                                                  | 71    |
| 4.1.4.3. Differenz aus durchschnittlicher psychosozialer Beeinträchtigung bei der Entlassung und bei der Aufnahme             | 72    |
| 4.1.5. Psychopathologische Symptomatik                                                                                        | 73    |
| 4.2. Vergleich unserer Ergebnisse mit Untersuchungen aus dem Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München | 85    |
| 4.2.1. Akute organische Psychosen                                                                                             | 86    |
| 4.2.2. Chronische organische Psychosen                                                                                        | 88    |
| 4.2.3. Schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose)                                                                 | 91    |
| 4.2.4. Schizoaffektive Psychose                                                                                               | 93    |
| 4.2.5. Paranoide Syndrome                                                                                                     | 95    |
| 4.2.6. Schlußfolgerung                                                                                                        | 98    |
| <br><u>Teil 5</u>                                                                                                             |       |
| 5. <u>Zusammenfassung</u>                                                                                                     | 99    |
| <br><u>Teil 6</u>                                                                                                             |       |
| 6. <u>Tabellarischer Anhang</u>                                                                                               | 112   |
| 6.1 Übersicht über den tabellarischen Anhang                                                                                  | 112   |
| 6.2. Tabellen und Abbildungen                                                                                                 | 115   |
| 7. <u>Literaturverzeichnis</u>                                                                                                | 139   |

## Teil 1

### E i n l e i t u n g :

1. Die diagnostischen Schwierigkeiten in  
der Psychiatrie
2. Lehrbuchbeschreibung der organischen  
Psychosen, der schizophrenen Psychosen,  
der atypisch endogenen Psychose und der  
paranoiden Syndrome

## 1. Einleitung

### 1.1. Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie

In einer Arbeit über die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie erhebt A. Alzheimer (1910) die Zusammenfassung einzelner Krankheitsfälle zu Krankheiten zur obersten Aufgabe der medizinischen Wissenschaft. Gliederungs- und Unterscheidungskriterien der Krankheiten sind die drei Faktoren Ursache, Symptomatologie und Verlauf. Vor allem die Kenntnis von Ursache und Ausgang ist notwendig, um nach natürlichen Krankheitsgruppen zu gliedern und damit eine sinnvolle Basis für erfolversprechende Therapie und Prophylaxe zu schaffen. Eine Gruppierung von Krankheitsfällen nur nach rein äußerlichen Merkmalen, also der Symptomatologie, ist völlig unzureichend und verspricht auch keine erfolgreiche Behandlung.

Als bekanntestes Beispiel für eine solche mangelhafte Gliederung von Krankheitsfällen in der Psychiatrie führt A. Alzheimer (1910) die progressive Paralyse an. Als deren Ursache noch unbekannt war, wurden nach rein äußerlichen Merkmalen Psychosen mit verschiedenen bzw. unbekannten Ursachen und mit verschiedenen Verläufen und Ausgängen als einzelne Krankheitsfälle der progressiven Paralyse untergeordnet. Durch diese Zusammenfassung von Krankheitsfällen, die sowohl zur Heilung als auch zum Tod führen können, wurde nicht nur eine sinnvolle Therapie unmöglich, sondern auch die Erforschung der organischen Ursache der progressiven Paralyse erschwert. Erst durch die scharfe Abgrenzung der progressiven Paralyse von anderen psychischen Krankheiten konnte die Lues als deren alleinige organische Ursache gesichert und die Prognose geklärt werden.

Das Beispiel zeigt, wie wichtig eine scharfe Abgrenzung einzelner Krankheiten voneinander ist, und wie verhängnisvoll eine Gruppierung von Krankheiten nach rein äußerlichen Merkmalen werden kann. Während es aber der somatischen Medizin und der Neurologie durch die Erforschung der Ur-

sachen gelungen ist, sich von einer Gliederung von Krankheitsfällen anhand der Symptomatologie zu lösen, stellen sich dabei der Psychiatrie anscheinend unüberwindliche Hindernisse. Nach Alzheimer (1910) kann es aber in der psychiatrischen Diagnostik nur dann Fortschritte geben, wenn eine Abgrenzung natürlicher Krankheiten möglich ist. Da diese Abgrenzung bei einigen organischen Psychosen und bei der progressiven Paralyse gelungen sei, müsse sie bei allen psychischen Krankheiten möglich sein. Übergangsfälle, die die einzelnen Krankheiten zu verbinden scheinen, seien nur Ausdruck des mangelnden Wissens und der mangelnden Fähigkeit klinische Unterscheidungsmerkmale zu erkennen. Ein Beispiel für einen solchen Übergangsfall ist die früher (vor 1910) angenommene Krankheit "Hystero-Epilepsie", welche die Übergänge zwischen Hysterie und Epilepsie umfaßte. Hoche (nach Alzheimer, 1910) konnte aber schließlich Hysterie und Epilepsie als zwei verschiedene Krankheiten voneinander abgrenzen, indem er sich über die rein symptomatologische Überschneidung der beiden Krankheiten hinwegsetzte. Diese Überschneidung kam dadurch zustande, daß einerseits die Epilepsie psychogene (hysterische) Symptome hervorbringt, andererseits degenerativ veranlagte Menschen epileptiforme Anfälle haben können, die häufig zur Zeit der Pubertät auftreten und später völlig verschwinden. Ein weiteres Beispiel dafür sind die tatsächlich vorhandenen Übergänge zwischen "Idiotie" und "Imbecillität". Beide sind aber keine klinischen Krankheiten, sondern umfassen verschiedene Prozesse (Entwicklungshemmungen des Gehirns, fortschreitende und zum Stillstand gekommene Krankheitsvorgänge des Gehirns), von denen jeder, je nach der Schwere der Krankheit, sowohl die "Idiotie", als auch die "Imbecillität" hervorrufen kann. Die Diagnose "Idiotie" oder "Imbecillität" kann deshalb keine Aussage über den verursachenden Krankheitsprozess beinhalten. Sie kommt wiederum nur dadurch zustande, weil der verursachende Krankheitsprozess nicht ermittelt werden kann, und deshalb auf der Basis der Symptomatologie unrichtige Zusammenfassungen von Krankheitsfällen erfolgen.

Die im Bereich der organischen Psychosen aufgrund der Ursachenforschung erreichten Erfolge der Abgrenzung natürlicher psychischer Krankheiten müßten nach Alzheimer (1910) auch auf dem Gebiet der "funktionellen Psychosen" möglich sein. Alzheimer (1910) schließt sich der Meinung Hitzigs (nach Alzheimer, 1910) an, der sich gegen eine Einteilung der psychischen Krankheiten in organische und funktionelle Psychosen ausspricht, und stellt die Forderung auf, daß jede pathologische Äußerung des Seelenlebens mit materiellen Veränderungen im Rindengewebe einhergehen muß. Alzheimer (1910) geht aber nicht soweit wie Nissl (nach Alzheimer, 1910), der behauptet, daß man bei allen Psychosen bereits pathologische Rindenveränderungen finden könne. Dies sei aufgrund mangelnder histologischer Kenntnisse nicht möglich, weshalb man auch die bisherige Einteilung in organische (anatomische Veränderungen sind bereits feststellbar) und funktionelle Psychosen (anatomische Veränderungen sind noch nicht feststellbar) beibehalten müsse. Aufgrund dieser unbefriedigenden Einteilung müsse aber der Rahmen der organischen Psychosen soweit angelegt werden, daß zumindest alle psychischen Störungen darin Platz fänden, bei welchen Nervenmaterial zugrunde gehe. Da Alzheimer (1910) den "Ausgang in Verblödung" mit dem Nachweis des Unterganges von Nervenmaterial gleichsetzt, zählt er die "Dementia praecox" zu den organischen Psychosen. Weiter gehören hierzu die Intoxikations- und Infektionspsychosen, die Involutionspsychosen und die Epilepsie. Alzheimer (1910) erweitert damit den Begriff der organischen Psychose erheblich und behauptet, daß sich mit den weiteren Fortschritten der pathologischen Anatomie der Kreis der organischen Psychosen gewiß noch mehr erweitere und dann das Gebiet schon recht groß werde, für das allgemein die Möglichkeit einer Abtrennung in einzelne Krankheiten zugegeben werde. Als "funktionelle Geistesstörungen" bleiben dann das "manisch-depressive Irresein", "Paranoia", "Querulantenwahn", "Hysterie" und "Entartungs-Irresein" (Terminologie nach Alzheimer, 1910). Aus den verschiedenen Schweregraden der funktionellen Geistesstörungen und deren Ent-

wicklung aus einer abnormen Persönlichkeit schließt Alzheimer (1910), daß als Grundlage der pathologischen Erscheinungen krankhafte Veranlagungen, d. h. "Entartungen" zu sehen seien. Diese These führt dann zu der Einteilung nach Moebius (nach Alzheimer, 1910) in exogene Psychosen (sie entstehen durch Schädigungen, die vom Körper oder von der Außenwelt auf das Gehirn einwirken) und endogene Psychosen (sie haben in einer pathologischen Veranlagung ihre Grundlage und entwickeln sich aus ihr).

Zur Frage der Gliederungsmöglichkeit einzelner Krankheiten unter den funktionellen Psychosen soll das "manisch-depressive Irresein" näher untersucht werden. In der Zeit vor Kraepelin wurden "einfache" und "periodische Melancholien", "Manien" und "zirkuläre Psychosen" unterschieden. Kraepelin (nach Alzheimer 1910) faßte sie schließlich alle zum "manisch-depressiven Irresein" zusammen. Dies bedeutete einen unbestreitbaren Fortschritt in der Gliederung psychischer Krankheiten. Kraepelin versuchte zwar zunächst die Involutionsdepression (Melancholie des Rückbildungsalters") als eigene Krankheit abzutrennen, es stellte sich aber bald heraus, daß die geringen symptomatologischen Unterschiede und Verlaufsabweichungen nicht in jedem Fall auftraten und somit keine hinreichenden differentialdiagnostischen Kriterien darstellten.

Schließlich wurden neue Krankheitsfälle, wie paranoid gefärbte Anfälle des "manisch-depressiven Irreseins", die "manisch-depressiven Mischzustände", die "Cyclothymien" und die "chronische Manie" beschrieben. Bestimmte Fälle des "Querulantenwahnsinns" und der "Paranoia" (Terminologie nach Alzheimer, 1910) wurden ebenfalls zum "manisch-depressiven Irresein" gerechnet, als man deren manisch-depressive Grundlage erkannte. Durch diese Fülle von Krankheitsformen innerhalb des "manisch-depressiven Irreseins" gab es keine wesentlichen und charakteristischen Symptome und Verlaufseigentümlichkeiten mehr, die für die Diagnose zwingend waren. Der Krankheitsbegriff des "manisch-depressiven Irreseins" wurde dadurch für klinische Zwecke unbrauchbar. Da

aber die Zusammengehörigkeit all dieser Zustände durch ihre Beziehung zur Entartung gesichert schien, hält Alzheimer (1910) die Beibehaltung der Zusammenfassung zu einem Krankheitsbegriff für berechtigt, stellt aber dann die Forderung auf, für praktische und klinische Zwecke Untergruppen abzugrenzen, welche die abweichenden Erscheinungs- und Verlaufsformen zusammenfassen. Diese Untergruppen seien dann als verschiedene Erscheinungsformen einer einzigen Krankheit zu verstehen. Unter diesen Untergruppen könne dann auch die Involutionsdepression wieder ihren Platz finden.

Trotz all dieser verschiedenen Erscheinungsformen trennt Alzheimer (1910) das "manisch-depressive Irresein" scharf von einer anderen funktionellen Geistesstörung auf der Grundlage der Entartung, der "Hysterie". Die Trennung begründet er mit einem wesentlichen symptomatologischen Unterschied: das "manisch-depressive Irresein" mit der Entwicklung abnormer Gemütslagen von innen heraus, ohne Beziehung zur Umwelt; die "Hysterie" mit krankhaft gesteigerter Beeinflußbarkeit durch die Umwelt. Obwohl beide Krankheiten sich auf der Grundlage der Entartung entwickeln, sieht Alzheimer (1910) in der unterschiedlichen Symptomatologie eine Wesensverschiedenheit und damit ein ausreichendes differentialdiagnostisches Kriterium zur Abgrenzung beider Krankheiten als eigenständige natürliche Krankheitseinheiten. Eine weitere Begründung für die Abtrennung einzelner Krankheiten innerhalb der "Entartungspsychosen", neben der unterschiedlichen Symptomatologie, sucht Alzheimer (1910) in den verschiedenen Ursachen, die zur Entartung führen sollen. Hierzu zählt er u. a.: Vergiftung des Keimes durch verschiedenartige Gifte, Entartung durch Inzucht und Ablösung von natürlichen Lebensbedingungen.

Alzheimer (1910) versucht also der Gefahr der Gliederung von Krankheiten nur nach den Symptomen damit aus dem Wege zu gehen, indem er versucht die verschiedenen Ursachen abzuklären, bzw. hofft, daß diese in Zukunft erforscht werden würden. Er wehrt sich auch entschieden gegen den Vorschlag Hoches (nach Alzheimer, 1910), sich

mit der Feststellung gewisser Symptomverkuppelungen zu begnügen, statt nach Spezies und Subspezies von Krankheiten zu suchen. Die wichtigste Aufgabe in der Psychiatrie sei es deshalb, Ursachen, Verlauf und Prognose psychischer Krankheiten zu ermitteln, um so natürliche Krankheitseinheiten zu erhalten und eine sinnvolle Therapie derselben zu ermöglichen.

Wir haben die Ansichten A. Alzheimers (1910) zur Klassifikation psychiatrischer Krankheiten ausführlich diskutiert, weil wir die Forderungen nach natürlichen Krankheitseinheiten, bestehend aus gleicher Ursache, gleicher Symptomatologie und gleichem Ausgang, für berechtigt halten.

In unserer Arbeit stehen uns über die Krankheit der Patienten nur Daten über die Symptomatik zur Verfügung. Somit können wir die Forderung Alzheimers (1910) alleine schon wegen der Art unserer Datenbasis nicht erfüllen.

Im strengen Sinne haben wir es in dieser Arbeit, wenn wir von Diagnosen reden nur mit psychopathologischen Syndromen zu tun. Im zweiten Kapitel der Einleitung wird die Symptomatik der akuten und chronischen organischen Psychosen, der schizophrenen Psychosen, der schizoaffectiven Psychose und der paranoiden Syndrome derart dargestellt, wie sie im Lehrbuch von R. Degkwitz et al. (1982) beschrieben wird. Im Hauptteil der Arbeit beschreiben wir die Symptomatik dieser klinischen Bilder mit Hilfe der uns zur Verfügung stehenden Patientendaten.

## 1.2. Lehrbuchbeschreibung der organischen Psychosen, der schizophrenen Psychosen, der atypisch endogenen Psychose und der paranoiden Syndrome

### 1.2.1. Organische Psychosen

#### 1.2.1.1. Begriffserklärung und historische Anmerkungen

In der 9. Revision der ICD wird der Begriff organische Psychose weitgehend synonym verwendet mit dem älteren Begriff exogene Psychose. O. Bumke (1919) teilt in seinem Buch "Die Diagnose der Geisteskrankheiten" die exogenen Psychosen ein in:

1. organische Psychosen (damit sind im wesentlichen die dementiellen Prozesse gemeint)
2. toxisch bedingte Psychosen
3. Infektionspsychosen (damit sind die Begleitpsychosen internistischer Krankheiten gemeint; für diese Psychosengruppe wird auch synonym der Begriff symptomatische Psychose verwendet)

Diese Einteilung findet sich im Prinzip, wenn auch in etwas anderer Terminologie, in der ICD-9 wieder. Die Alkohol-, Drogenpsychosen und vorübergehenden organischen Psychosen der ICD entsprechen den Intoxikationspsychosen und symptomatischen Psychosen im Lehrbuch Bumkes (1919). Die senilen und präsenilen organischen Psychosen und die chronischen organischen Psychosen der ICD-9 entsprechen den organischen Psychosen Bumkes (1919), d. h. den dementiellen Prozessen.

Gegen die Ausweitung des Begriffes organische Psychose in der ICD-9 und der Gleichsetzung dieses Begriffes mit der exogenen Psychose ist nichts einzuwenden. Die Verwendung der Verlaufsbezeichnungen "vorübergehende" und "chronische" organische Psychose ist bedenklich, da die Einbeziehung der Dimension Zeit nichts über die Qualität der psychopathologischen Symptomatik aussagt.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß in der ICD-9 der Begriff organische Psychose für alle psychischen Krankheiten verwendet wird, die das Ausmaß einer Psychose erreicht haben und für die ursächlich eine Gehirnkrankheit oder eine Allgemeinerkrankung (internistische Krankheit, Intoxikation), die das Gehirn in Mitleidenschaft zieht, verantwortlich gemacht wird.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, als die Biologie zur vorherrschenden Naturwissenschaft wurde, versuchte man zu beweisen, daß bei psychischen Krankheiten immer eine Erkrankung des Gehirns vorliege. Trotz wichtiger neurologischer Entdeckungen, wie der hirnpathologischen Syndrome Aphasie, Agnosie, Apraxie usw., gelang es jedoch nicht diese These für alle psychischen Krankheiten zu beweisen. Bonhoeffer (nach Degkwitz et al., 1982) versuchte eine Ordnung in die psychischen Störungen zu bringen, die man bei körperlichen Krankheiten findet. Die psychischen Störungen, die entstehen, wenn eine Schädlichkeit das Gehirn direkt oder indirekt in Mitleidenschaft zieht, nannte er akute exogene Reaktionstypen. Er beobachtete, daß das Gehirn auf zahlreiche verschiedenartige Noxen (internistische Erkrankungen und Intoxikationen) mit verschiedenen psychischen Störungen reagiert, daß aber eine bestimmte Noxe nicht einem bestimmten psychopathologischen Syndrom zuzuordnen ist, sondern daß jede Noxe die verschiedensten Bilder hervorrufen kann. Der Begriff "exogen" bedeutete, daß die beobachteten Krankheitsbilder nicht auf primäre Erkrankungen des Gehirns zurückzuführen seien, sondern auf dieses vielmehr von außen, d. h. vom eigenen Organismus oder durch Intoxikationen eingewirkt werde. Später zeigte sich, daß bei primären Erkrankungen des Gehirns die gleichen Krankheitsbilder auftreten. Der Begriff "exogen" konnte demnach nicht mehr im ursprünglichen Sinn aufrechterhalten werden, sondern sollte jetzt nur noch eine Aussage über die Qualität des zugehörigen psychopathologischen Syndroms beinhalten. Deshalb sprach man von akuten exogenen Psychosen, oder auch von hirnorganischen Psychosen, da das erkrankte

Organ das Gehirn war.

Schließlich gelangte man zu der Erkenntnis, daß sich die zwei Kategorien von Psychosen, nämlich die akuten exogenen Psychosen und die endogenen Psychosen, nicht nur hinsichtlich ihrer Ätiologie unterscheiden, sondern auch durch ihre psychopathologischen Erscheinungsbilder. Insbesondere Bewußtseinsstörungen (Vigilanzstörungen) sind kennzeichnend für das Bild der akuten exogenen Psychose. Je nach der Stärke der Noxe kommt es zu verschieden starken Störungen des Bewußtseins, die sich bis zur Bewußtlosigkeit und Koma steigern können. Später wurde die Bewußtseinsstörung als alleiniges Unterscheidungskriterium der beiden Psychosegruppen wieder hinfällig, als andere organische Psychosen beschrieben wurden, die keine Beeinträchtigung des Bewußtseins zeigten. Ist eine Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen von Psychosen über die Symptomatik nicht möglich, so bleibt als letzter Ausweg für die Unterscheidung nur der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Einwirken einer Noxe und dem Eintreten einer psychischen Störung übrig. In diesem Fall ist das Vorliegen einer organischen Psychose erst dann bewiesen, wenn durch Beseitigung der Noxe auch die psychopathologischen Störungen abklingen. Von organischen Psychosen sollte man nur dann sprechen, solange ein Krankheitsprozeß im Gange ist. Bei langen Verläufen spricht man von chronischen organischen Psychosen, die auch ein anderes Erscheinungsbild aufweisen als akute organische Psychosen. Die Prognose ist i. a. bei akuten organischen Psychosen günstiger. Der nach Ablauf organischer Psychosen verbleibende Residualzustand wird je nach Art des Bildes hirnanorganische Wesensänderung oder Demenz genannt. Leichtere Bilder werden als Hirnleistungsschwäche (ICD, Nr.310) bezeichnet. Chronisch progredient verlaufende organische Psychosen, die zur Demenz führen, werden selbst als Demenz bezeichnet (ICD, Nr. 290.0: einfache senile Demenz, Nr. 290.1: präsenile Demenz), obwohl es sich um fortschreitende Störungen, also eigentlich um einen Demenzprozeß handelt.

### 1.2.1.2. Klinische Bilder organischer Psychosen

#### Akute organische Psychosen

Als gemeinsames Merkmal liegt ihnen die Störung des Bewußtseins zugrunde (sog. Achsensyndrom akuter exogener Psychosen). Die Kranken sind aber nicht benommen oder gar bewußtlos, sondern wirken wach und sind dabei unkonzentriert, fahrig, leicht ablenkbar und typischerweise zeitlich und örtlich desorientiert. Dazu kommen häufig Störungen der Merkfähigkeit und optische Halluzinationen.

Man unterscheidet drei Typen klinischer Bilder -

#### Delirien:

Es handelt sich um psychotische Episoden, bei denen neben der Störung des Wachbewußtseins mit zeitlicher, örtlicher und situativer Desorientierung lebhaftes Sinnestäuschungen mit Schwerpunkt im optischen Bereich (Halluzinationen und illusionäre Verkennungen) auftreten. Die Patienten sind gekennzeichnet durch Unruhe und Beschäftigung mit Erlebnissen im Rahmen ihrer Sinnestäuschungen. Delirante Psychosen treten meist im Rahmen von Intoxikationen und Entziehungssituationen auf und hinterlassen nach Abklingen aufgrund der Merkfähigkeitsstörungen eine Amnesie.

#### Amentielle Syndrome:

Der Begriff wird heute selten verwendet, da eine deutliche Abgrenzung zum delirantem Syndrom schwer möglich ist. Er ist gekennzeichnet durch fluktuierendes Bewußtsein, nur zeitweiligem Auftreten von Sinnestäuschungen, dringhafter Unruhe, flüchtigen Angstaffekten und inkohärentem Denken.

#### Dämmerzustände:

Sie sind Tage und Wochen dauernde Zustände stärkerer Bewußtseinsstörungen, die von Aggressivität und Wahnbildung begleitet sein können. Man unterscheidet verworrene und geordnete Dämmerzustände. Bei ersteren spielen bedrohliche akustische und optische Halluzinationen eine große Rolle. Häufig treten starke schwer beeinflussbare

psychomotorische Erregungszustände auf. Bei den geordneten Dämmerzuständen erscheint das Bewußtsein klinisch nicht beeinträchtigt, der Kranke kann erlernte Handlungen nachvollziehen, neue Handlungsziele können aber nicht verfolgt werden. Dämmerzustände klingen oft schlagartig ab, hinterlassen aber in beiden Fällen eine Amnesie für die Zeit der psychotischen Episode.

Bei fehlender Störung des Wachbewußtseins gleicht die Symptomatik akuter exogener Psychosen der Symptomatik einer endogenen Depression, Manie oder Schizophrenie. In diesen Fällen können Vitalstörungen, Tagesschwankungen, Wahn und Ich-Störungen mit Fremdbeeinflußung beobachtet werden. Eine Entscheidung, ob organischer oder endogener Ursprung wird dann schwierig. Bei allmählichem Einsetzen der Wirkung einer Noxe, die eine akute exogene Psychose bewirken kann, kommt es zu uncharakteristischen Vorstadien, die ebenfalls ohne Bewußtseinsstörungen ablaufen. Hierbei liegen häufig Affektstörungen, Erregung oder Trägheit und vegetative Störungen vor, so daß man von einer leichten, noch uncharakteristischen Form akuter exogener Reaktionen sprechen kann.

Der Verlauf akuter organischer Psychosen hängt von der Art und Einwirkungsdauer der Noxen ab und der von ihnen bewirkten funktionellen Veränderungen im Gehirn. Diese zeigen in den meisten Fällen eine gewisse Eigengesetzlichkeit, die zu typischen Abläufen führt. Bei fieberhaften Erkrankungen treten akute organische Psychosen z. B. erst beim Abklingen des Fiebers auf (Entfieberungspsychosen). Bei Alkohol-, Schlafmittel-, oder Tranquiliziermißbrauch entwickeln sich erste Symptome erst nach Absetzen der Mittel, also erst wenn sie nicht mehr wirksam sind. Allerdings können während eines Alkohol-, LSD-, Coffein-, oder Pervitinrausches psychische Veränderungen auftreten, die unmittelbar auf die Intoxikationen zurückzuführen sind und in ihrem Verlauf parallel zum Rausch gehen. Man kann bei solchen Rauschzuständen ebenfalls von organischen Psychosen sprechen; ihnen fehlt aber meist die mangelnde Einsicht in das Abnorme und die Amnesie. Außerdem hinterlassen sie keinen Residualzustand.

Akute organische Psychosen enden mit einem plötzlichem Abfall der Symptome und gehen aus in Heilung, Tod oder einem unterschiedlich stark ausgeprägtem chronischen Zustand in Form einer Hirnleistungsschwäche, organischen Wesensänderung oder Demenz. Diese Residuen entstehen, wenn die zugrundeliegende Funktionsstörung im Gehirn nicht ausheilt.

### Chronische organische Psychosen

Das klinische Bild chronischer organischer Psychosen ist gekennzeichnet durch Störungen der Merkfähigkeit und des Altgedächtnisses. Diese führen nicht nur zu einer örtlichen, zeitlichen und situativen Desorientierung, sondern beeinträchtigen auch die Fähigkeit das eigene Verhalten und die eigene Situation zu beurteilen. Die Desorientierung ist also nicht Folge einer Bewußtseinstörung; die Vigilanz ist im Gegensatz zu den akuten organischen Psychosen nicht gestört. Insgesamt kann man das klinische Bild der Krankheit als eine Verarmung und Vereinfachung aller psychischen Vorgänge beschreiben. Kombiniert ist diese Verarmung an Vorstellungen, Antrieb, Empfindungen, Erinnerungen und Gefühlen mit einer Veränderung der Affektivität im Sinne des Euphorischen oder der Affektlabilität.

Aber auch chronische organische Psychosen können Krankheitsbilder bieten, die etwa durch die affektiven Verstimmungen endogenen Psychosen stark ähneln. Diagnostische Schwierigkeiten können dabei durch den klinisch faßbaren Antriebsmangel chronischer organischer Psychosen behoben werden. Weitere Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung treten auf, da es zahlreiche Erkrankungen und Schädigungen des Gehirns gibt, die weder mit somatischen noch neurologischen Befunden einhergehen und sich nur in psychischen Störungen äußern. Hier führen erst zusätzliche Untersuchungen (Liquoruntersuchungen, Computer-Tomographie, Kontrastmitteldarstellung von Hirngefäßen) zum Nachweis der hirnorganischen Erkrankung.

Der Krankheitsprozess der chronischen organischen Psychose endet in drei verschiedene Dauerzustände. -

Demenz:

Das klinische Bild entspricht in Ausprägung und Schweregrad dem der vorausgehenden chronischen organischen Psychose. Im Gegensatz zu dieser ist das Prozeßhafte in einen Dauerzustand eingetreten.

Hirnleistungsschwäche:

Sie nimmt als leichte bleibende Veränderung eine Sonderstellung ein. Der Begriff wird vornehmlich auf die Folgen von bleibenden Veränderungen nach Schädelhirntraumen verwendet. Charakteristisch für die Hirnleistungsschwäche ist die Belastungsabhängigkeit der Intensität. Konzentrationsstörungen, Schwankungen des Antriebs, der Aufmerksamkeit, der Affektivität und des vegetativen Systems sind die hervorstechenden Symptome. Eine Besonderheit ist, daß die Persönlichkeit der Kranken erhalten bleibt.

Hirnorganische Wesensänderung:

Man versteht darunter Störungen, die nicht spezielle Fähigkeiten betreffen, sondern das Wesen bzw. die Persönlichkeit des Betroffenen. Neben der Veränderung der Persönlichkeit stehen Störungen des Antriebes und der Affektivität, bei völligem oder weitgehendem Erhaltensein der intellektuellen Funktionen, im Vordergrund. Von der Demenz unterscheidet sich die hirnorganische Wesensänderung dadurch, daß keine Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit vorliegen. Beide Krankheitsformen betreffen aber die Persönlichkeit und unterscheiden sich dadurch von der Hirnleistungsschwäche. Ein weiterer Unterschied zwischen Demenz und hirnorganischer Wesensänderung liegt in der Lokalisation der organischen Störung: bei der Demenz befallen die Funktionsstörungen diffus das ganze Gehirn ("hirndiffuses organisches Psychosyndrom"), bei der hirnorganischen Wesensänderung sind sie lokal auf das hochfrontale Stirnhirn und das Orbitalhirn begrenzt ("hirnlokales Psychosyndrom").

### 1.2.1.3. Ursache der organischen Psychosen

Wie Bonhoeffer (nach Degkwitz et al., 1982) feststellte ist es nicht möglich eine bestimmte materielle Noxe einem bestimmtem psychopathologischem Syndrom zuzuordnen. Die Folge davon ist, daß weder bei akuten noch chronischen organischen Psychosen allein aufgrund der psychischen Veränderung auf die ihnen zugrundeliegende Ursache geschlossen werden kann. Die klinische Diagnostik muß also sowohl das psychopathologische Bild genau untersuchen, als auch die Ursache abklären.

Die Ursachen kann man in acht Gruppen einteilen. Sie führen alle, bei genügender Intensität der Einwirkung, bei jedem Menschen zu psychotischen Erscheinungen:

- Traumen oder operative Eingriffe am Gehirn
- Durchblutungsstörungen
- raumverdrängende Prozesse
- Wirkstoff- oder Sauerstoffmangel
- Infektionen
- Intoxikationen, von außen oder vom Körper kommend
- heredodegenerative Abbauprozesse
- Zusammenwirken verschiedener Noxen im Wochenbett

### 1.2.2. Schizophrene Psychosen

#### 1.2.2.1. Begriffserklärung und historische Anmerkungen

Als schizophrene Psychosen werden in der ICD eine Gruppe endogener Psychosen zusammengefaßt, die alle in unterschiedlicher Intensität folgende Symptome aufweisen können: tiefgreifende Persönlichkeitsstörungen, formale und inhaltliche Denkstörungen, Vorstellungen, von fremden Kräften kontrolliert zu werden, Wahnideen und Wahnsysteme, gestörte Wahrnehmungen, abnorme Affektäußerungen, die mit der tatsächlichen Situation nicht übereinstimmen und Autismus.

Weiterhin ist ihnen gemeinsam, daß keine Bewußtseinsstörungen auftreten und die intellektuellen Fähigkeiten zumindest zunächst noch erhalten bleiben. Es darf keine organische Genese der beobachteten psychischen Störungen bekannt sein, und Vigilanzstörungen sowie hirnorganische Abbauprozesse, wie sie bei organischen Psychosen auftreten, müssen für die Diagnose Schizophrenie ausgeschlossen sein.

Zur Erklärung, wie es zu der Zusammenfassung psychopathologischer Phänomene ohne Kenntnis ihrer Ursache oder Pathogenese unter den Oberbegriff "schizophrene Psychose" gekommen ist, soll die Entwicklung des Schizophreniekonzeptes dargestellt werden. Kraepelin (nach Degkwitz et al., 1982) versuchte Ende des 19. Jahrhunderts ein Klassifikationschema psychischer Krankheiten auf der Grundlage der Ursachenlehre aufzustellen. Voraussetzung dafür sollte die Hypothese sein, daß jedem psychopathologischen Phänomen eine hirnpathologische Veränderung, also ein hirnorganisches Substrat kausal zugehöre. Die Einführung der Begriffe "exogen" und "endogen" durch Möbius (nach Degkwitz et al., 1982) beinhaltet zwei grundsätzlich mögliche Verursachungen. Für die endogenen Psychosen galt, daß eine körperliche Verursachung ausgeschlossen werden mußte, während die exogenen Psychosen den heutigen organischen Psychosen entsprechen.

Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Gliederung endogener Psychosen war der Krankheitsverlauf. Die heute als schizophrene Psychosen bezeichneten Formen waren für Kraepelin (nach Degkwitz et al., 1982) Erkrankungen, die in unheilbare Endzustände übergehen; manisch-depressive Erkrankungen wurden als heilbar angesehen. Damit waren die endogenen Psychosen in die heutigen schizophrenen Erkrankungen und die manisch-depressiven Erkrankungen aufgeteilt. Der Begriff Schizophrenie war aber noch nicht geprägt. Kraepelin faßte die Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides zur Dementia praecox zusammen und trennte sie von den manisch-depressiven Erkrankungen. Bleuler (nach Degkwitz et al., 1982) ersetzte schließlich

den Terminus "Dementia praecox" durch den Begriff "Schizophrenie", weil er zeigte, daß die Spaltung der verschiedensten psychischen Funktionen, d. h. die Auflösung des Strukturzusammenhangs der Persönlichkeit, einer ihrer wichtigsten Eigenschaften ist. Mit der Zusammenordnung typischer schizophrener Symptome und typischer Krankheitsverläufe zu schizophrenen Psychosen stellte sich gleichzeitig die Frage nach einer möglichen schizophrenen Grundstörung als gemeinsames Kriterium.

Schneider (nach Degkwitz et al., 1982) stellte die Forderung auf, daß schizophrene Psychosen Krankheiten seien, deren krankhafte Organprozesse noch nicht bekannt, aber vorauszusetzen seien. Aufgrund der unbekannten Ätiologie folgte eine Überbewertung von nur symptomatologisch geordneten psychopathologischen Kriterien. Schneider legte solche Kriterien als Symptome ersten und zweiten Ranges fest. Als Symptome ersten Ranges wurden Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug, -beeinflussung, und -ausbreitung, Wahnwahrnehmung und alles von anderen Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens, der Triebe und des Willens bezeichnet. Symptome zweiten Ranges sind die übrigen Sinnestäuschungen, der Wahneinfluss, Ratlosigkeit, depressive und euphorische Verstimmungen und die erlebte Gefühlsverarmung. Waren die Symptome ersten Ranges klinisch eindeutig nachweisbar, so war damit die Diagnose einer schizophrenen Psychose gesichert.

Die von Kraepelin und Schneider vermutete organisch bedingte Ursache der Schizophrenie konnte bis heute nicht nachgewiesen werden. Ebenso waren alle weiteren Konzepte zur Erklärung der schizophrenen Psychosen unzulänglich, so daß heute von einer multifaktoriellen Pathogenese ausgegangen wird.

### 1.2.2.2. Psychopathologische Symptomatik

Da bis heute keine schizophrene Grunderkrankung nachgewiesen werden konnte, behielt die Orientierung der Diagnose nach den Symptomen ersten und zweiten Ranges ihre Berechtigung. Daneben muß natürlich die Gesamtpersönlichkeit, ihr Erleben und Verhalten berücksichtigt werden.

Bewußtsein und Orientierung:

Das Bewußtsein ist nicht gestört, die zeitliche, räumliche und situative Orientierung erhalten. Eventuelle Orientierungsstörungen sind als Verkennungen anzusehen.

Äußeres Erscheinungsbild:

Abweichungen von der Norm sind sehr selten. Nachlässigkeiten weisen auf starke Gedankeneinengung hin.

Ausdrucks- oder psychomotorische Störungen:

Sprache, Gestik und Mimik zeigen deutlichere Abweichungen. Hierzu gehören bizarre Haltungen, Haltungsverharren, Bewegungsstereotypien, Automatismen, Erregungszustände und stupurös-mutistische Gebremstheit (katatone Symptomatik). Gedeutet werden sie als Ausdruck der Unangepaßtheit und des autistischen Rückzuges des Kranken in seine Eigenwelt.

Störungen der Affektivität:

Affektivitätsstörungen stehen bei schizophrenen Erkrankungen nicht im Vordergrund, können aber zwingende Folge von inhaltlichen Denkstörungen (Wahn) oder Ich-Störungen sein. Sie äußern sich hauptsächlich in Form inadäquater Affektäußerungen und Unberechenbarkeit affektiver Reaktionsweisen.

Autismus:

Autismus, ein typisches Symptom der Schizophrenie, ist zu verstehen als Abkehr und Rückzug von allen menschlichen Beziehungen in eine unabhängige Eigenwelt.

Schizophrene Denkstörungen:

Zerfahrenheit, im Sinne von assoziativer Lockerung der formalen Denkvorgänge, ist ein wichtiges Grundsymptom der schizophrenen Erkrankung. Sie besteht im Zerfall logischer und normalpsychologisch zu erwartender Denkvorgänge und

führt bis zu Begriffszerfall und Wortneuschöpfungen (Neologismen).

Schizophrene Erlebnisstörung:

Darunter sind vor allem die psychischen Symptome des Ich-Verlustes, der Ich-Spaltung und des Persönlichkeitszerfalles zu verstehen. Das Bewußtsein, daß die eigenen seelischen Vorgänge als von außen gesteuert und beeinflußt erlebt werden, steht im Vordergrund der Ich-Störung. Hinzu kommen Depersonalisation (das eigene Ich steht sich fremd und enteignet gegenüber) und Derealisation (Entfremdung der eigenen Wahrnehmungswelt). Unfähigkeit und Ohnmacht des Ichs, Distanz zum Wahrgenommenen und zur Umwelt zu schaffen, führen notgedrungen zu abnormen Beziehungsideen und krankhaften Bedeutungsinhalten, denen das Ich sich ausgeliefert sieht.

Halluzinationen und schizophrene Wahnwelt:

Sie sind ein weiteres charakteristisches Kennzeichen. Wahn bedeutet eine krankhaft unkorrigierbare Überzeugung auf dem Boden von Beziehungs- und Urteilsstörungen. Das krankhafte Erleben und Interpretieren der Wirklichkeit führt zu gestörter Stellungnahme zu sich selbst und zur Umwelt. Pathologisches Kriterium ist nicht das Wahnthema, sondern die falsche Beziehungssetzung und die Unfähigkeit zur Korrektur. Kennzeichnend für Halluzinationen und Wahnbildungen ist, daß die Halluzinationen in einen durch den Wahn vertretenen Sinnzusammenhang gestellt werden.

#### 1.2.2.3. Diagnose und Differentialdiagnose der Zustandsbilder und Verlaufsformen

#### Abgrenzung gegen affektive Psychosen

Während die Diagnose schizophrene Psychose vom psychopathologischen Erscheinungsbild her nur unter Zuhilfenahme symptomatologischer Kriterien wie z. B. der von Schneider (nach Degkwitz et al., 1982) angegebenen Symptome

ersten und zweiten Ranges möglich ist, weisen affektive Psychosen eine wesentlich größere symptomatologische Einheitlichkeit auf. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist aber der unterschiedliche Verlauf beider Krankheiten. Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungs-schübe können nicht vorhergesagt werden. Im Gegensatz dazu ist bei den affektiven Psychosen die Rückkehr zu einer affektiv ausgeglichenen Stimmungslage ohne Persönlichkeitsänderung eines der wichtigsten differentialdiagnostischen Kriterien. Demnach spricht man auch, trotz Vorhandensein typischer schizophrener Symptome, von einer abgelaufenen "Phase" einer affektiven Psychose, wenn sie vollständig ausheilt ohne Persönlichkeitsveränderungen zu hinterlassen. Eine schizophrene Episode mit persistierenden Veränderungen der Persönlichkeit wird dagegen als "Schub" bezeichnet. Von Remission spricht man, wenn sich die akute Symptomatik eines Schubes zwar zurückbildet, aber ein Residualsyndrom hinterläßt. Dies kann schließlich zu einem sozialem Abstieg bzw. einem "Knick" in der sozialen Leistungskurve führen. Dieser ist oft das einzige Kriterium einer asymptomatisch verlaufenden (blanden) schizophrenen Erkrankung.

#### Differentialdiagnose der Unterformen schizophrener Psychosen

Folgende verschiedene Typen des schizophrenen Formenkreises werden vor allem anhand unterschiedlicher Symptomatik und Verlaufstypen unterschieden -

##### Schizophrenia Simplex:

Sie ist eine besonders symptomarme Verlaufsform mit schleicher Entwicklung aber schlechter Prognose, da nach längerem Krankheitsverlauf schwere Persönlichkeitsveränderungen zurückbleiben.

##### Hebephrene Form:

Sie tritt bereits im jugendlichen Alter auf und ist besonders gekennzeichnet durch Affektstörungen, inadäquate Verhaltensweisen, Zerfahrenheit des Denkens und Selbstüberschätzung. Ferner ist sie eher durch einen chronischen

als einen schubweisen Verlauf charakterisiert.

Katatone Form:

Im Vordergrund der Symptomatik steht eine ausgeprägte Störung der Psychomotorik. Erregung und Stupor bzw. automatisches Befolgen von Befehlen und Negativismus können sich abwechseln, oder das Bild ist geprägt von Haltungs- und Bewegungsstereotypen.

Paranoid-halluzinatorische Form:

Leitsymptom ist ein systematischer oder unsystematischer Wahninhalt mit oder ohne Halluzinationen, das oft zu schweren Affektstörungen und unberechenbarem Verhalten mit schwerer Beeinträchtigung des Realitätsbewußtseins führt. Häufig treten formale Denkstörungen zusätzlich auf.

Latente Schizophrenie:

Sie zeigt keine eindeutigen und charakteristischen Symptome der schizophrenen Psychosen, und läßt sich deshalb nicht sicher von nicht-psychotischen Erkrankungen (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) abgrenzen. Man könnte sie als eine Art Vorstadium der Schizophrenie bezeichnen.

Schizophrener Residualzustand:

Hervorstechend sind bleibende Persönlichkeitsveränderungen, die Symptome des akuten Schubes bestehen in abgeschwächter Form weiter. Residualsymptome sind hauptsächlich eine Verminderung emotionaler Ansprechbarkeit, affektiver Schwingungsfähigkeit, vitaler und sozialer Kontaktfähigkeit. Da es sich um kein spezifisch schizophrenes Zustandsbild handelt, ist zur Diagnose unbedingt die Vorgeschichte nötig.

### 1.2.3. Atypische endogene Psychose

Um den Begriff "atypische endogene Psychose" zu definieren, soll vorher festgelegt werden, was von den zwei Hauptgruppen endogener Psychosen, den affektiven Psychosen und den schizophrenen Psychosen als typisch angesehen wird.

Typisch für eine affektive Psychose ist in symptomatologischer Hinsicht die affektive Grundstörung mit einer mög-

lichen Auslenkung der Stimmungslage und Affektivität in Richtung manisch oder depressiv. Vom Krankheitsverlauf her bedingt die Diagnose affektive Psychose, daß nach Abklingen der Auslenkungsphase die Rückkehr zur Ausgangslage, dem Normalzustand, erfolgt. Aufeinanderfolgende Phasen können monopolar manisch oder depressiv sein, oder aber bipolar, d. h. alternierend.

Typisch für eine schizophrene Psychose ist auf symptomatologischer Ebene: Auftreten von Störungen der Wahrnehmung, des Denkens, der Affektivität, der Psychomotorik, des Ich-Bewußtseins, der Persönlichkeit, des Realitätsbewußtseins, der gesamten Lebensgestaltung. Vom Krankheitsverlauf her bedeutet typisch schizophren das Durchlaufen mehrerer Krankheitsschübe mit Entwicklung von Residualsymptomen und Defektzuständen, sowie einem Knick in der sozialen Leistungskurve.

Die atypisch endogene Psychose, auch schizoaffektive Psychose oder Mischpsychose genannt, liegt zwischen beiden Typen von endogenen Psychosen, wobei sich entweder auffällig affektive und schizophrene Symptome im gleichen Erkrankungszeitraum vermischen oder im Längsschnitt des Krankheitsbildes affektive Phasen und schizophrene Schübe auftreten. Die Rückbildung tritt dabei gewöhnlich ohne bleibende Defektzustände, aber mit großer Rückfallgefahr ein. Andere Möglichkeiten sind, daß die Symptomatik den schizophrenen Psychosen entspricht, vom Verlauf her die Krankheit aber als typisch affektiv eingestuft werden müßte und umgekehrt. Die Einteilungskriterien Symptomatologie und Verlauf widersprechen sich also in den letzteren Fällen.

Aufgrund dieser Problematik wurde versucht die atypische endogene Psychose als eigenständige dritte Gruppe endogener Psychosen klinisch und nosologisch zu definieren. In der ICD-9 wird die atypische endogene Psychose schizoaffektive Psychose genannt und als Untergruppe der schizophrenen Krankheiten aufgeführt.

Die ausführlichsten und gründlichsten Beschreibungen der

atypischen endogenen Psychose stammen von C. Wernicke (1900), K. Kleist (1928) und K. Leonhard (1980). Der letztere nannte diese Psychosen "zykloide Psychosen". H. J. Weitbrecht (nach Degkwitz et al., 1982) fragt sich, ob es überhaupt zulässig ist Norm- und Standardtypen endogener Psychosen aufzustellen und all das als atypisch zu bezeichnen, was sich den bisher bekannten Formen nicht zuordnen läßt. Weitbrecht empfiehlt die endogenen Psychosen ganz neu nach ihrer Symptomatik und ihrem Verlauf zu beschreiben. Diesen Standpunkt dürften die meisten heutigen Psychiater vertreten. Gegen dieses Vorgehen bei der Klassifikation psychischer Krankheiten ist aber einzuwenden, daß die Psychiater es seit 100 Jahren anwenden, ohne Einigkeit erreicht zu haben. Und es ist vor allem an die in der Einleitung dieser Arbeit dargestellte Mahnung Alzheimers (1910) zu denken, daß die alleinige Berücksichtigung der ins Auge springenden Symptome kein taugliches Mittel für die psychiatrische Klassifikation ist.

#### 1.2.4. Paranoide Syndrome

##### 1.2.4.1. Begriffserklärung und historische Anmerkungen

Die Bezeichnung paranoides Syndrom wird angewendet, wenn Wahnideen im Vordergrund eines psychopathologischen Zustandsbildes stehen, über dessen Zugehörigkeit zu organischen Psychosen, endogenen Psychosen oder irgendeiner anderen psychischen Krankheit keine Aussage gemacht werden kann. Die Abgrenzung gegen die organischen Psychosen erfolgt dadurch, daß weder eine organische Erkrankung noch eine Bewußtseinsstörung vorliegt, gegen die schizophrenen Psychosen dadurch, daß die Persönlichkeit gut erhalten bleibt und gegen die affektiven Psychosen schließlich dadurch, daß die Affektivität weitgehend ungestört ist.

Die historische Entwicklung der Begriffe Wahn (Paranoia) und wahnhaft (paranoid) führte zu einer inhaltlichen Ver-

bindung mit den Aussagen der Psychose. Vor allem der Wahn als inhaltliche Denkstörung mit Beziehungs- und Urteilsstörungen klassifizierte die paranoiden Syndrome als Psychose, da er eine erhebliche Einschränkung des Realitätsbewußtseins beinhaltet.

Vor der Entwicklung des Schizophreniekonzeptes wurden zunächst alle Geisteskrankheiten mit einem systematisiertem Wahnsystem als "Paranoia" bezeichnet. In späterer Zeit wurden sie dann der paranoiden Unterform schizophrener Psychosen zugeordnet. Schließlich konnte man aus dieser Unterform schizophrener Psychosen aber eine Krankheitsform mit einer isolierten Wahnbildung abgrenzen, die sich der übrigen Symptomatik (Störung der Persönlichkeit, des Realitätsbezuges, der sozialen Integration und übrigen Lebensweise) und dem Verlauf (schubweiser Verlauf psychotischer Episoden) schizophrener Psychosen nicht unterordnen ließ. Dies führte dazu, daß "Paranoia" wieder als eigenständiger Begriff eingeführt wurde, aber weder klinisch noch terminologisch eindeutig definiert war. Die einen verstanden darunter eine sich aus einer sensitiv-mißtrauischen Charakterstörung heraus entwickelte Wahnbildung, die anderen eine beginnende Ich-Desintegration.

#### 1.2.4.2. Gliederung der paranoiden Syndrome

Unter den paranoiden Syndromen werden folgende Begriffe zusammengefaßt -

Paranoia:

Heute versteht man darunter ein systematisiertes Wahnsystem, das über längere Zeit formal und inhaltlich konstant bleibt. Dadurch unterscheidet es sich von der vielgestaltigen paranoiden Symptomatik der schizophrenen und organischen Psychosen. Der Unterschied besteht also nicht nur in der Symptomatik sondern auch im Verlauf.

Paranoide Erlebnisreaktion:

Sie bezeichnet eine wahnhaft Form abnormer seelischer Reaktion, die in unmittelbarem zeitlichen und inhalt-

lichen Zusammenhang mit einem traumatisierendem Erlebnis steht. Dabei geht man von der Vorstellung aus, daß eine zu abnormen Reaktionen neigende Persönlichkeit unter Belastungssituationen mit paranoider Umdeutung der Realität reagiert. Charakteristisch für die paranoide Erlebnisreaktion ist, daß die wahnhaftige Verarbeitung der Situation von selbst nach einer gewissen Zeit abklingt.

#### Paraphrenie:

Nach Kraepelin (nach Degkwitz et al., 1982) steht diese Krankheitsform zwischen der Paranoia und der paranoiden Schizophrenie. Gemeinsam mit der Paranoia hat die Paraphrenie den systematisierten Wahn, mit der paranoiden Schizophrenie die paranoid-halluzinatorische Symptomatik. Die Persönlichkeit ist nicht beeinträchtigt.

#### Induzierte Psychose:

Unter der induzierten Psychose versteht man eine vorwiegend wahnhaftige Psychose, deren Entstehung und Entwicklung mit einer engen Beziehung des Betroffenen mit einer anderen Person, die inhaltlich und von der Ausprägung her das gleiche Krankheitsbild bietet, im Zusammenhang steht. Die Wahnthematik wird auf den Betroffenen übertragen.

Teil 2

M a t e r i a l , M e t h o d i k

u n d F r a g e s t e l l u n g

## 2. Material, Methodik und Fragestellung

### 2.1. Beschreibung der Daten

Im Beobachtungszeitraum vom 1.1.1980 - 31.12.1980 wurden 1601 Patienten in die Psychiatrische Klinik der Universität München aufgenommen und deren Daten im AMDP-System ausgewertet. Zur Beschreibung des gesamten Patientengutes werten wir in dieser Arbeit Dokumentationsunterlagen von 1579 Patienten aus, bei denen die ICD-9-Diagnosen 290 - 298, 300 - 310, 312 und 316 gestellt wurden. Auf die nicht berücksichtigten ICD-Kategorien psychischer Krankheiten entfallen 13 Patienten. Bei neun Patienten wurden keine vollständigen Dokumentationsunterlagen erstellt. Zur genaueren Beschreibung der einzelnen Diagnosen werten wir schließlich in dieser Arbeit nur noch die Dokumentationsunterlagen von 660 Patienten aus, bei denen die ICD-9-Diagnosen 290 - 295, 297, 298.4 und 298.9 gestellt wurden. Wir untersuchen die Daten über das Geschlecht, das Alter, die Aufenthaltsdauer, die Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte und den Schweregrad der Krankheit bei der Aufnahme und bei der Entlassung. Der Schweregrad der Krankheit wird dokumentiert mit Hilfe der Skala zur Einschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung (PSB). Diese Schätzskala wurde 1976 von J. Endicott et al. publiziert. Außerdem beschreiben wir die psychopathologische Symptomatik, die mit Hilfe des AMDP-Systems dokumentiert wurde, wobei wir nur den Aufnahmebefund berücksichtigen. Die computerunterstützte Auswertung der Daten erfolgte im Rechenzentrum des Klinikums Großhadern.

### 2.2. Methodik

Die diagnostische Beschreibung der 1579 Patienten richtet sich nach der ICD-9. Zur Erleichterung der Beschreibung

und des Vergleichs fassen wir die oben genannten ICD-Kategorien zu 13 Diagnosegruppen zusammen.

Einteilung der ICD-Kategorien in 13 Diagnosegruppen

- Diagnosegruppe 1 : A k u t e   o r g a n i s c h e  
P s y c h o s e n  
ICD-Nr. 291 - 293
- Diagnosegruppe 2 : C h r o n i s c h e   o r g a -  
n i s c h e   P s y c h o s e n  
ICD-Nr. 290 und 294
- Diagnosegruppe 3 : S c h i z o p h r e n e   P s y -  
c h o s e n   (ohne schizoaffektive  
Psychose)  
ICD-Nr. 295, ohne 295.7
- Diagnosegruppe 4 : S c h i z o a f f e k t i v e  
P s y c h o s e  
ICD-Nr. 295.7
- Diagnosegruppe 5 : E n d o g e n e   D e p r e s s i o n  
ICD-Nr. 296.1, 296.3, 296.9 und 298.0
- Diagnosegruppe 6 : M a n i s c h e   P s y c h o s e n  
ICD-Nr. 296.0, 296.2 und 298.1
- Diagnosegruppe 7 : P a r a n o i d e   S y n d r o m e  
ICD-Nr. 297, 298.4 und 298.9
- Diagnosegruppe 8 : N e u r o s e n  
(ohne neurotische Depression)  
ICD-Nr. 300, ohne 300.4
- Diagnosegruppe 9 : N e u r o t i s c h e   D e -  
p r e s s i o n  
ICD-Nr. 300.4

Diagnosegruppe 10 : P e r s ö n l i c h k e i t s -  
s t ö r u n g e n  
ICD-Nr. 301, 302, 310 und 312

Diagnosegruppe 11 : K ö r p e r l i c h e F u n k -  
t i o n s s t ö r u n g e n p s y -  
c h i s c h e n U r s p r u n g s  
ICD-Nr. 306, 307 und 316

Diagnosegruppe 12 : P s y c h o g e n e R e a k t i o n e n  
ICD-Nr. 308, 309, 298.2, 298.3 und 298.8

Diagnosegruppe 13 : S u c h t k r a n k h e i t e n  
ICD-Nr. 303 - 305

Den Anfang des tabellarischen Teils bildet eine Übersicht über die 13 Diagnosegruppen, deren Häufigkeit und die Geschlechtsrelation. Anhand der 13 Diagnosegruppen wird das gesamte Patientengut beschrieben, indem dessen Altersverteilung, Aufenthaltsdauer, Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte, psychosoziale Beeinträchtigung und psychopathologische Symptomatik untersucht wird. Im Anschluß daran werden in dieser Arbeit folgende Diagnosegruppen einzeln beschrieben:

1. Akute organische Psychosen
2. Chronische organische Psychosen
3. Schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose)
4. Schizoaffektive Psychose
5. Paranoide Syndrome

Wiederum beschreiben wir all jene demographischen und klinischen Daten, wie bereits beim gesamten Patientengut. Die Daten werden sowohl anhand von Tabellen und Abbildungen als auch anhand einer ausführlichen Beschreibung erläutert.

Bei der Darstellung des psychischen Befundes bei der Aufnahme der Patienten werden nur Symptome aufgeführt, die bei mindestens zehn Prozent der Patienten vorkommen, außer sie sind im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen besonders

häufig oder selten. Zudem wird der Schweregrad bzw. die Ausprägung der Symptome, wie sie im AMDP mit "leicht-mittel-schwer" beschrieben wird, in unserer Arbeit nicht berücksichtigt.

### 2.3. Fragestellung

Vorrangiges Ziel dieser Arbeit ist eine umfassende Beschreibung des gesamten Patientengutes und der einzelnen in 2.2. genannten Diagnosegruppen mit Hilfe der demographischen und klinischen Daten und der psychopathologischen Symptomatik aus der AMDP-Auswertung. Anhand der Ergebnisse erfolgt ein Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen an Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik München des Jahrganges 1978. Vor allem soll geprüft werden, ob sich aufgrund der Änderung der den Arbeiten zugrundeliegenden internationalen Klassifikation der WHO von der achten Revision im Jahre 1978 auf die neunte Revision im Jahre 1980 größere Unterschiede ergeben.

In dieser Arbeit werden nur die fünf genannten Diagnosegruppen (chronische organische Psychosen, akute organische Psychosen, schizophrene Psychosen, schizoaffektive Psychose und paranoide Syndrome) untersucht. Die übrigen der aufgeführten 13 Diagnosegruppen werden - mit Ausnahme der endogenen Depression und der manischen Psychosen - in der Dissertation von T. Moukriotis (im Druck) beschrieben.

### Teil 3

D a r s t e l l u n g   d e r

E r g e b n i s s e

1. Untersuchung der Grundgesamtheit:  
    gesamtes Patientengut

2. Untersuchung der Diagnosegruppen

### 3. Darstellung der Ergebnisse

#### 3.1. Untersuchung der Grundgesamtheit: gesamtes Patientengut

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurden 1601 Patienten aufgenommen und deren Daten im AMDP-System ausgewertet.

##### 3.1.1. Geschlechtsverteilung

Von allen Patienten sind 857 weiblichen und 744 männlichen Geschlechts. Die weiblichen Patienten überwiegen demnach in einem Verhältnis von 1.15 : 1. Der prozentuale Anteil der Frauen ist 53.5 %, jener der Männer 46.5 %.

##### 3.1.2. Verteilung der Diagnosen

###### 3.1.2.1. Übersicht

Von den 1601 Patienten konnten 1579 in 13 Diagnosegruppen eingeteilt werden. Im einzelnen entfallen auf die akuten organischen Psychosen 73 Patienten, auf die chronischen organischen Psychosen 42, auf die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) 359, auf die schizoaffektive Psychose 135, auf die endogene Depression 337, auf die manischen Psychosen 28, auf die paranoiden Syndrome 51, auf die Neurosen (ohne neurotische Depression) 103, auf die neurotische Depression 139, auf die Persönlichkeitsstörungen 102, auf die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs 17, auf die psychogenen Reaktionen 71 und auf die Suchtkrankheiten 122.

Von den restlichen 22 Patienten entfallen sieben auf die Diagnose Epilepsie (ICD-Nr. 345), drei auf die Diagnose Neurosyphilis (ICD-Nr. 94), und jeweils ein Patient auf die Diagnosen: anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder (ICD-Nr. 311), Kataplexie (ICD-Nr. 347) und (ICD-Nr. 100). Bei neun Patienten lagen nur unvollständige Dokumentationsunterlagen vor.

### 3.1.2.2. Häufigkeitsverteilung

Im folgenden werden die Diagnosegruppen in abnehmender Häufigkeitsreihenfolge mit prozentualen Anteil am gesamten Patientengut aufgeführt.

Die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) stehen mit 22.4 % aller Patienten an erster Stelle, gefolgt von der Gruppe der endogenen Depression mit 21.1 %. Während sich diese beiden Gruppen deutlich abheben, bleiben alle anderen Diagnosegruppen in ihrer Verteilung auf das Patientengut unter zehn Prozent: neurotische Depression 8.7 %, schizoaffective Psychose 8.4 %, Suchtkrankheiten 7.6 %, Neurosen (ohne neurotische Depression) und Persönlichkeitsstörungen jeweils 6.4 %, akute organische Psychosen 4.6 %, psychogene Reaktionen 4.4 %, paranoide Syndrome 3.2 %, chronische organische Psychosen 2.6 %, manische Psychosen 1.8 % und körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs 1.1 %. Rechnet man allerdings die Gruppen neurotische Depression und übrige Neurosen zusammen, so sind die Neurosen mit 15.1 % ebenfalls stark überrepräsentiert. Die schizophrenen Psychosen einschließlich der schizoaffectiven Psychose liegen dann sogar bei 30.8 % der Diagnosen aller Patienten.

### 3.1.2.3. Geschlechtsverteilung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen

Bei der zusätzlichen Aufteilung des gesamten Patientengutes nach dem Geschlecht ergeben sich die deutlichsten Unterschiede in der Diagnosegruppe der schizoaffectiven Psychose. Von den 135 Patienten sind 109 Frauen, das sind 12.7 % aller Frauen, und 26 Männer, das sind 3.5 % aller Männer. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Frauen und Männern ist 4.2:1. In der Diagnosegruppe der paranoiden Syndrome sind 39 Frauen (4.6 % aller Frauen) und nur 12 Männer (1.2 %); die weiblichen Patienten überwiegen im Verhältnis 3.3:1. Ebenfalls

stark überrepräsentiert sind die Frauen in der Diagnosegruppe der endogenen Depression. Bei den Frauen liegt diese Gruppe mit 28.4 % Häufigkeit an der Spitze vor den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) mit 20.4 %, während nur 12.6 % aller Männer die Diagnose endogene Depression erhalten haben. Die Frauen verhalten sich zahlenmäßig zu den Männern wie 2.6:1. In der Diagnosegruppe der chronischen organischen Psychosen sind von 42 Patienten 27 Frauen (3.2 %) und 15 Männer (2.0 %), wobei das Verhältnis 1.8:1 zugunsten der Frauen beträgt.

Etwa gleich viele Männer und Frauen entfallen auf die Diagnosegruppen schizophrene Psychosen (ohne schizoaffective Psychose), neurotische Depression und körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs.

In allen anderen Diagnosegruppen überwiegen die Männer. Am deutlichsten sind die Unterschiede bei den Persönlichkeitsstörungen (72 Männer = 9.7 % aller Männer; 30 Frauen = 3.5 %), den psychogenen Reaktionen (50 Männer = 6.7 %; 21 Frauen = 2.5 %) und den Suchtkrankheiten (86 Männer = 11.6 %; 36 Frauen = 4.2 %). In allen diesen Diagnosegruppen ist das Verhältnis der Frauen zu den Männern wie 0.4:1. Ebenfalls stark überrepräsentiert sind die Männer bei den akuten organischen Psychosen. In dieser Gruppe sind 45 Männer (6.1 %) und 28 Frauen (3.3 %). Die Frauen verhalten sich zahlenmäßig zu den Männern wie 0.6:1. In den Diagnosegruppen manische Psychosen und Neurosen (ohne neurotische Depression) ist der Geschlechtsunterschied zugunsten der Männer nicht so deutlich ausgeprägt: 16 Männer (2.2 %) stehen bei den manischen Psychosen 12 Frauen (1.4 %) gegenüber; bei den Neurosen sind es 56 Männer (7.5 %) und 47 Frauen (5.5 %). Das Verhältnis der Frauen zu den Männern ist jeweils 0.8:1.

### 3.1.3. Altersverteilung

Die Altersverteilungskurve aller Patienten des Untersuchungs-jahrganges zeigt das Maximum schon in der jüngsten Gruppe der 16-25 jährigen mit 24.5 %, dicht gefolgt von den Gruppen der 26-35 jährigen (22.1 %) und 36-45 jährigen (22.7 %). Die Alterskurve fällt dann steil um fast die Hälfte auf die 46-55 jährigen mit 12.7 % Häufigkeit ab, um dann wieder flacher abzunehmen. In der Altersgruppe zwischen 56 und 65 Jahren zeigt sie 9.8 %, zwischen 66 und 75 Jahren 6.8 % und zwischen 76 und 85 Jahren schließlich nur noch 1.3 % der Patienten. Aus ihr errechnet sich ein mittleres Alter der Patienten von 39 Jahren. Rechnet man die Altersgruppen von 16-45 Jahren zusammen, erhält man einen Anteil von fast 70 %, während die Altersgruppen von 46-85 Jahren nur einen Anteil von 30 % an allen Patienten ausmachen.

Unterscheidet man Männer und Frauen, so fällt auf, daß die Männer in den Altersgruppen bis 35 Jahren, die Frauen in denen darüber überwiegen. Der Häufigkeitsgipfel bei den Männern liegt mit 33.1 % in der Gruppe der 16-25 jährigen, jener der Frauen mit 23.7 % in der Gruppe der 36-45 jährigen. Bei den 16-25 jährigen überwiegen die männlichen Patienten in einem Verhältnis von 1.9:1, während die weiblichen Patienten z.B. bei den 56-65 jährigen mit 2.5:1 und bei den 66-75 jährigen mit 3.1:1 überwiegen. Am besten kennzeichnet den Altersunterschied der männlichen und weiblichen Patienten das mittlere Alter der Männer von 34 und das der Frauen von 43 Jahren. Im Schnitt sind also die weiblichen Patienten des untersuchten Jahrganges um neun Jahre älter als die männlichen Patienten.

### 3.1.4. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die meisten der Patienten, welche 1980 stationär in die psychiatrische Universitätsklinik aufgenommen wurden, nämlich 17.1 %, verließen die Klinik bereits nach 21-30 Tagen wieder.

Fast genauso viele Patienten (15.5 %) wurden schon nach 11-20 Tagen entlassen. Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer zeigt im ersten Monat eine steile stetige Zunahme der Patientenzahlen, sodann eine flache stetige Verringerung. Insgesamt waren 43.4 % der Patienten weniger als einen Monat stationär in der Klinik, 33.2 % wurden während des zweiten Aufenthaltsmonats entlassen und 15.1 % während des dritten. Nur 8.0 % der Patienten haben eine Aufenthaltsdauer von mehr als drei Monaten. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt 43 Tage, die längste Aufenthaltsdauer eines Patienten 260 Tage.

Die Differenzierung nach Geschlechtern ergibt, daß die Männer gegenüber den Frauen eine deutlich kürzere Aufenthaltsdauer haben. 50.6 % von ihnen wurden bereits im ersten Monat entlassen, gegenüber nur 37.2 % der Frauen. Bis zu zwei Monaten waren 35.1 % der Frauen und 31.2 % der Männer, bis zu drei Monaten 17.8 % der Frauen und 12.1 % der Männer in der Klinik. Nur noch 6 % der Männer, aber 10 % der Frauen waren länger als drei Monate hospitalisiert. Die mittlere Aufenthaltsdauer der Männer ist mit 39 Tagen eine Woche kürzer, als die der Frauen mit 46 Tagen.

### 3.1.5. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

Die Aufnahme in die psychiatrische Universitätsklinik im Jahre 1980 war bei 58 % aller Patienten der erste stationäre Aufenthalt in irgendeiner psychiatrischen Klinik. Bei 42 % des gesamten Patientengutes handelte es sich um eine Wiederaufnahme. Von diesen 42 % wurden 17.6 % zum zweitenmal, 9.1 % zum dritten-, 3.6 % zum vierten- und 3.0 % zum fünftenmal aufgenommen. Bei immerhin noch 6.1 % aller Patienten waren es bereits mehr als fünf Aufnahmen und 0.7 %, das sind 11 Patienten, wurden mehr als 10 mal aufgenommen. Daraus errechnet sich eine mittlere Anzahl von 2.0 Aufnahmen. Der Patient mit

den meisten bisherigen Aufenthalten in einer psychiatrischen Klinik wurde bereits 17 mal aufgenommen.

Die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen ergibt eine starke Überrepräsentation der Frauen bei mehreren Aufenthalten. Bei 65.2 % der Männer und nur 51.8 % der Frauen handelte es sich um eine Erstaufnahme, bzw. 48.2 % der Frauen und nur 34.8 % der Männer wurden bereits wiederholt aufgenommen. 7.4 % der Frauen, gegenüber 4.6 % der Männer, hatten sogar mehr als 5 Aufenthalte. Die Frauen hatten durchschnittlich 2.2 Aufenthalte, die Männer 1.8.

### 3.1.6. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

#### 3.1.6.1. Begriffserklärung

Die psychosoziale Beeinträchtigung beschreibt die psychische und soziale Leistungsfähigkeit der Patienten und dient damit der Beurteilung des Schweregrades des Krankheitsbildes. Sie wird jeweils bei der Aufnahme des Patienten und bei der Entlassung bestimmt. Dabei wird die psychosoziale Leistungsfähigkeit der Patienten in eine Skala mit Zehnerstufen von 1 bis 100 eingeteilt: 1 bedeutet die Notwendigkeit einer ständigen Überwachung des Patienten um dessen Lebensfähigkeit zu sichern; 100 bedeutet das Idealbild eines normalen, warmherzigen Menschen, der seine Lebensprobleme spielend meistert.

Im folgenden sollen die einzelnen PSB-Bewertungsstufen kurz dargestellt werden:

#### PSB:

- 100-91: Der Patient hat keinerlei Symptome; er zeigt eine hervorragende Leistungsfähigkeit.
- 90-81: Nur vorübergehende Symptome; gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten.
- 80-71: Sehr leichte Symptome können vorhanden sein, aber es besteht nur eine geringe Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

PSB:

- 70-61: Einige leichte Symptome sind vorhanden; oder es gibt Schwierigkeiten in verschiedenen Leistungsbereichen.
- 60-51: Mäßig ausgeprägte Symptome sind vorhanden, es besteht eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit.
- 50-41: Einsthafte Symptome oder ernsthafte Leistungseinbußen (Suizidgedanken).
- 40-31: Schwere Beeinträchtigung auf verschiedenen Gebieten; oder es besteht eine gestörte Realitätseinschätzung.
- 30-21: Leistungsunfähigkeit in fast allen Gebieten; oder das Verhalten ist erheblich beeinflusst durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen.
- 20-11: Benötigt irgend eine Art der Überwachung, um nicht sich selbst oder andere zu verletzen.
- 10-1: Braucht ständig Überwachung über mehrere Tage.

Für den Schweregrad des Krankheitsbildes bedeutende Bewertungsmaßstäbe sind die Stufen 70-61 ("im allgemeinen ist die Leistungsfähigkeit recht gut") und 30-21 ("Leistungsunfähigkeit in fast allen Gebieten"). Patienten mit einer PSB über 60 gelten als hinreichend "gesund" um den Anforderungen des täglichen Lebens zu genügen, Patienten mit einer PSB unter 30 bedürfen dagegen dringend der Versorgung in einer geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik.

3.1.6.2. Psychosoziale Beeinträchtigung bei der Aufnahme und bei der Entlassung des gesamten Patientengutes

Die Einteilung aller Patienten des Untersuchungszeitraumes in die PSB-Skala ergibt folgendes Verteilungsbild: es entsteht jeweils für die Aufnahme-PSB und die PSB bei der Entlassung eine stetig ansteigende Kurve, die ein Maximum erreicht und nach dessen Überschreiten wiederum kontinuierlich abfällt. Daraus folgt, daß die Patienten vornehmlich in mittlere PSB-Stufen eingeteilt sind. Die Verteilungskurven für Aufnahme-

und Entlassungs-PSB verhalten sich allerdings spiegelbildlich zueinander mit einer Spiegelbildachse bei 60 PSB-Punkten; d.h. die Aufnahme-Verteilungskurve zeigt in den PSB-Stufen 60-100 einen flachen abnehmenden Verlauf, die Entlassungs-Verteilungskurve zeigt dagegen in den PSB-Stufen 10-50 einen flachen zunehmenden Verlauf.

Das Maximum der Verteilungskurve der Aufnahme-PSB liegt mit 27.7 % aller Patienten in der Stufe 41-50, gefolgt von den Bewertungsstufen 31-40 mit 23.5 % und 51-60 mit 22.1 %. Auf die Bewertungsstufen über 60 entfallen insgesamt nur 13.1 % aller Patienten, auf jene zwischen 60 und 31 entfallen 73.3 % und auf jene unter 30 nur 12.8 %. Der mittlere PSB-Wert bei der Aufnahme ist 45.

Der Häufigkeitsgipfel der Entlassungs-PSB liegt mit 28.7 % aller Patienten in der Bewertungsstufe 71-80, gefolgt von 24.7 % in der Stufe 61-70. Auf die höchste Stufe (91-100) entfallen immerhin noch 8.8 % aller Patienten. Insgesamt sind in die Stufen über 60 Punkte 79 % aller Patienten eingeordnet. In den Stufen zwischen 31 und 60 sind zusammen 18,5 % und unter 30 nur 1,4 % des gesamten Patientengutes. Die Durchschnittsbewertung bei der Entlassung ist 71.

Die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen ergibt bei der Aufnahme eine schlechtere Bewertung der psychosozialen Beeinträchtigung der Frauen. Ihr durchschnittlicher PSB-Wert liegt bei 43, gegenüber 47 der Männer. Bei der Entlassung wurden dagegen die Männer niedriger eingestuft: ihr durchschnittlicher PSB-Wert beträgt 69, gegenüber 72 der Frauen.

### 3.1.7. Psychopathologische Symptomatik

Die folgenden Untersuchungsergebnisse beziehen sich auf die Dokumentation des psychischen Aufnahmebefundes im AMDP-System. Angegeben wird das prozentuale Vorkommen eines Symptoms im

Bezug auf die Patientenzahl. Unberücksichtigt bleibt dabei die im AMDP-System vorgenommene Differenzierung der Schweregrade, d.h. die Symptome werden ungeachtet ihrer verschiedenen Ausprägungen (leicht - mittel - schwer) gleichwertig adiiert.

Bewußtseinsstörungen sind im Vergleich zu anderen Symptomen sehr selten. Eine Einengung des Bewußtseins ist nur bei 3.9 % aller Patienten anzutreffen; alle anderen Störungen des Bewußtseins (Verminderung, Trübung und Verschiebung des Bewußtseins) kommen bei noch weniger Patienten vor.

Die Orientierungsstörungen sind ebenfalls selten vertreten. Mit einer Häufigkeit von 9 % der Patienten ist die zeitliche Orientierungsstörung die häufigste. Es folgen die örtliche und situative Orientierungsstörung mit jeweils 6.4 %. Orientierungsstörungen über die eigene Person sind verschwindend wenig.

Von den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen leiden die meisten Patienten unter Konzentrationsstörungen (50.7 %). Häufig sind auch Merkfähigkeitsstörungen (26.1 %), Auffassungsstörungen (23.8 %) und Gedächtnisstörungen (17.1 %), während Konfabulationen (3.2 %) und Paramnesien (1.3 %) sehr selten sind.

Von den formalen Denkstörungen ist das eingeengte Denken (31.4 %) neben dem verlangsamten (26.4 %) und umständlichen Denken (22.3 %) das häufigste Symptom. Grübeln kommt bei 20.4 % aller Patienten vor, eine inkohärente bzw. verfahrenere Denkweise haben 16.0 %, gehemmt denken 13.2 %. Ein Vorbeireden findet sich bei 12.8 % der Patienten, perseverierend denken 10.9 %, ideenflüchtig 10.1 %, gesperrt 7.5 % und Gedankendrängen haben 6.3 % der Patienten. Das Vorkommen von Neologismen (2.4 %) ist die seltenste Art der formalen Denkstörung.

Befürchtungen und Zwänge sind bis auf das Mißtrauen (22.5 %)

relativ selten. Die nicht wahnhafte Hypochondrie tritt bei 9.0 % aller Patienten auf, ein Zwangsdenken bei 5.7 % und eine Phobie bei 3.3 %. Zwangsimpulse und Zwangshandlungen sind noch seltener.

Von den Wahnsymptomen ist die Wahn-Stimmung mit 17.2 % das häufigste Symptom. Der Beeinträchtigungs- bzw. Verfolgungswahn steht mit 16.3 % an zweiter Stelle, gefolgt von allgemeinen Wahngedanken (14.4 %) und dem Beziehungswahn (14.3 %). Eine Wahn-Dynamik tritt bei 11.5 % aller Patienten auf. Wahn-Wahrnehmung (8.5 %), Wahn-Einfall (8.2 %) und ein systematisierter Wahn (7.3 %) kommen noch relativ häufig vor. Spezielle Wahngebilde wie Schuld-, Größen-, hypochondrischer-, Verarmungs- und Eifersuchts-wahn und andere Wahninhalte kommen selten vor.

Das Stimmenhören ist die häufigste Form der Sinnestäuschungen. Bei 10.2 % aller Patienten findet man diese spezielle akustische Halluzination, bei 3.1 % treten andere akustische Halluzinationen auf. Die zweithäufigste Art der Sinnestäuschungen ist die optische Halluzination (4.4 %), gefolgt von Körperhalluzinationen (3.5 %). Geruchs- und Geschmackshalluzinationen und Illusionen haben einen Anteil von weniger als 3 %.

Ich-Störungen kommen selten vor. Depersonalisation, Derealisation, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung und andere Fremdbeeinflussungserlebnisse kommen jeweils bei ca. 4-6 % aller Patienten vor; Gedankenentzug äußert sich nur bei 2.3 % aller Patienten.

Die größte und häufigste Symptomgruppe sind die vielfältigen Störungen der Affektivität. Die meisten Patienten (58.2 %) sind deprimiert, ähnlich viele sind innerlich unruhig (47.9 %), ängstlich (46.7 %) und ratlos (35.4 %). Die Vitalgefühle sind bei 33 % aller Patienten gestört, während 32 % hoffnungslos sind und 31.8 % Insuffizienzgefühle verspüren.

Dysphorisch sind 22.9 %, klagsam bzw. jammerig 22.7 %, gereizt 21.4 % und affektarm 19.3 %. Schuldgefühle äußern sich bei 16.6 % der Patienten, 16.4 % sind ambivalent, 14 % affektlabil und 13.7 % affektstarr. Andere affektive Symptome wie Euphorie, Parathymie, Gefühl der Gefühllosigkeit und gesteigerte Selbstwertgefühle kommen bei weniger als 10 % der Patienten vor.

Bestimmte Antriebs- und psychomotorische Störungen sind ebenfalls relativ häufig. 34.2 % der Patienten sind antriebsarm, 32.4 % motorisch unruhig, 20.4 % antriebsgesteigert und 18.1 % antriebsgehemmt. Andere psychomotorische Störungen (Logorrhö, Manirismus, Mutismus, Parakinesen) sind selten.

Unter den circadianen Verlaufsbesonderheiten ist nur die morgendliche Verschlechterung des Zustandes der Patienten bei 14.1 % bedeutend. Die abendliche Veränderung des Zustands (besser oder schlechter) liegt nur bei jeweils ca. 3 %.

Symptome unter dem Oberbegriff "andere Störungen" treten bei sehr vielen Patienten auf. Das häufigste Symptom davon ist der soziale Rückzug (34.4 %). Es folgen Mangel an Krankheitseinsicht (24.4 %), Pflegebedürftigkeit (21.9 %), Mangel an Krankheitsgefühl (21.8 %), Suicidalität (18.8 %), Aggressivität (16.8 %), Ablehnung der Behandlung (10.5 %), soziale Umtriebigkeit (9.5 %) und Selbstbeschädigung (8.8 %). Erwähnenswert ist, daß die bedeutenden Symptome der Suicidalität und Pflegebedürftigkeit, welche eine Unterbringung der Patienten in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung erfordern, immerhin bei einem Fünftel aller Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik manifestiert waren.

## 3.2. Untersuchung der Diagnosegruppen

### 3.2.1. Beschreibung der akuten organischen Psychosen

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde bei 73 von 1601 Patienten die Diagnose einer akuten organischen Psychose gestellt, das sind 4.6 % aller Patienten. Davon sind 45 männliche Patienten (6.1 % aller Männer) und 28 weibliche Patienten (3.3 % aller Frauen).

#### 3.2.1.1. Altersverteilung

Der Häufigkeitsgipfel der Altersverteilung der Patienten mit akuten organischen Psychosen fällt in die Gruppe der 26-35 jährigen mit 28.8 %. Gefolgt wird diese Altersgruppe von den 36-45 jährigen (20.6 %) und den 16-25 jährigen (16.4 %). Die Altersklassen der 16-45 jährigen Patienten ergeben zusammen 65.8 %, die Altersklassen der 46-75 jährigen Patienten sind mit insgesamt 32.9 % vertreten. Noch ältere Patienten gibt es nicht. Das Durchschnittsalter beträgt 42 Jahre.

Bei der Aufteilung nach dem Geschlecht ergeben sich deutliche Differenzen. Die meisten Männer (33.3 %) sind 26-35 Jahre alt, die meisten Frauen (28.6 %) dagegen sind in der Gruppe der 46-55 jährigen. Die Männer überwiegen um durchschnittlich 12 % gegenüber den Frauen in den Altersgruppen von 16-45 Jahren, die Frauen überwiegen ähnlich hoch in den älteren Gruppen. Dies führt zu einem Durchschnittsalter bei den Männern von 36, bei den Frauen dagegen von 47 Jahren.

#### 3.2.1.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer in der Klinik der Patienten mit akuten organischen Psychosen zeigt einen sprunghaften Anstieg bis 20 Tage und anschließend eine ebenfalls steile Verringerung der Häufigkeit von 30 bis 50 Tage,

um schließlich flach auszulaufen. Der Häufigkeitsgipfel liegt folglich in den Zeitintervallen 11-20 und 21-30 Tage, in welchen jeweils 20.6 % der Patienten entlassen wurden. Zusammen verließen 57.6 % der Patienten innerhalb des ersten Monats die Klinik. 27.5 % waren ein bis zwei Monate, 12.3 % zwei bis drei Monate und nur 2.7 % länger als drei Monate in der Klinik aufgenommen. Im Mittel waren die akuten organischen Psychosen 33 Tage in der Klinik. Die längste Aufenthaltsdauer beträgt 110 Tage.

In den ersten beiden Monaten des Aufenthaltes gibt es deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen: 62.2 % der Männer, aber nur 50 % der Frauen haben eine Aufenthaltsdauer von weniger als einem Monat und 35.6 % der Frauen, aber nur 22.2 % der Männer waren dagegen zwischen einem und zwei Monaten hospitalisiert. Die Männer haben eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 31 Tagen, die Frauen von 35 Tagen.

### 3.2.1.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

74.0 % der Patienten mit akuten organischen Psychosen wurden zum erstenmal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen und nur 17.9 % waren Wiederaufnahmen, von denen 15.1 % zum zweitenmal und jeweils ein Patient zum vierten- und neuntenmal aufgenommen wurde. Bei 8.1 % der Patienten fehlen die Angaben über die Anzahl ihrer Klinikaufenthalte. Die Patienten mit akuten organischen Psychosen hatten im Mittel 1.4 stationäre Klinikaufenthalte.

Bei Männern und Frauen besteht kein wesentlicher Unterschied.

#### 3.2.1.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Der Häufigkeitsgipfel der Verteilungskurve der PSB bei der Aufnahme ist mit 28,8 % der Patienten mit akuten organischen Psychosen in der Bewertungsstufe 41-50. Zwischen 31 und 60 wurden insgesamt 63 %, zwischen 10 und 30 27,4 % und zwischen 61 und 80 nur noch 5,4 % der Patienten eingeteilt. Höhere und niedrigere Bewertungsstufen gibt es nicht. Der mittlere Aufnahme-Wert beträgt 38 Punkte.

Bei der Entlassung wurden die meisten Patienten (30,1 %) mit akuten organischen Psychosen mit 71-80 bewertet. Auf über 60 PSB-Punkte entfallen 75 %, darunter 25 % der Patienten. Die mittlere Entlassungsbewertung liegt bei 72 Punkten.

Die Geschlechtsdifferenzierung läßt eine etwas schlechtere Bewertung der Frauen bei der Aufnahme (im Mittel bei den Frauen 36, bei den Männern 40 PSB-Punkte) und eine minimal schlechtere Einschätzung der Männer bei der Entlassung erkennen (Frauen 72, Männer 71).

#### 3.2.1.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen treten bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen relativ selten auf. Das häufigste Symptom der Bewußtseinsstörungen ist die Einengung des Bewußtseins bei 13,7 % der Patienten. Bewußtseinsstrübung findet man bei 12,3 % und eine Verminderung des Bewußtseins bei 6,9 % der Patienten. Eine Verschiebung des Bewußtseins kommt dagegen überhaupt nicht vor.

Orientierungsstörungen, charakteristische Symptome dieser Diagnosegruppe, treten häufiger auf. Die meisten Patienten mit akuten organischen Psychosen äußern eine zeitliche Orientierungsstörung (37 %); es folgen die örtliche (26 %) und die situative (20,6 %), während nur 5,5 % der Patienten über die eigene Person desorientiert sind.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind die häufigsten Symptome der akuten organischen Psychosen. Konzentrationsstörungen kommen bei 65.8 % der Patienten vor, Merkfähigkeitsstörungen bei 43.8 %, Auffassungsstörungen bei 42.7 %, Gedächtnisstörungen bei 35.6 % und Konfabulationen bei 21.4 %.

Von den verschiedenen Symptomen der formalen Denkstörungen tritt bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen das verlangsamte Denken (30.1 %) am häufigsten auf; umständlich denken 26.0 % der Patienten, eingengt 23.3 % und inkohärent 20.6 %. Vorbeireden und eine perseverierende Denkweise kommen bei jeweils 12.3 % der Patienten vor.

Befürchtungen und Zwänge treten bis auf das Mißtrauen, welches sich bei 32.9 % der Patienten äußert, nicht auf.

Wahnsymptome manifestieren sich bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen relativ häufig. Die meisten Patienten leiden unter einem Beeinträchtigungs- bzw. Verfolgungswahn (35.6 %), aber auch eine allgemeine Wahn-Stimmung (28.7 %) und eine Wahn-Dynamik (21.9 %) sind oft anzufinden. Unter Wahngedanken leiden 19.2 %, unter einer Wahnwahrnehmung bzw. einem Beziehungswahn jeweils 12.3 % und unter einem systematisierten Wahn bzw. einem Wahn-Einfall jeweils 11.0 %. Alle anderen Wahninhalte sind sehr selten.

Sinnestäuschungen, ebenfalls charakteristische Symptome der akuten organischen Psychosen, kommen am häufigsten als optische Halluzinationen (35.6 %) vor, dicht gefolgt von Stimmenhören (34.3 %). Andere akustische Halluzinationen findet man noch bei 12.3 % und Illusionen, welche bei den meisten Diagnosegruppen überhaupt nicht vorkommen, bei 9.6 % der Patienten.

Die Häufigkeit der Ich-Störungen der Patienten mit akuten organischen Psychosen liegt jeweils unter 10 %. Am häufigsten ist die Derealisation (8.2 %), während die Zusammenfassung anderer Fremdbeeinflussungserlebnisse mit 11.0 % eine Ausnah-

me bildet.

Störungen der Affektivität sind bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen, wie bei allen Diagnosegruppen, sehr häufig. Eine typische Verteilung ist nicht erkennbar. Die meisten Patienten sind ängstlich (61.6 %). Innerlich unruhig sind 46.6 %, deprimiert 35.6 %, ratlos 32.9 %, gereizt 27.4 %, dysphorisch 24.7 %, affektarm 17.8 %, hoffnungslos 16.4 % und affektlabil 13.7 %. Die Vitalgefühle sind bei 16.4 % der Patienten gestört. Sehr selten sind dagegen Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle und Ambivalenz.

Das häufigste Symptom der Antriebs- und psychomotorischen Störungen ist die motorische Unruhe (52.1 %), gefolgt von der Antriebsarmut mit 27.4 % und der Antriebssteigerung mit 15.1 %. Mutistische Störungen zeigen sich bei 8.2 % der akuten organischen Psychosen. Andere Störungen aus diesem Symptomenkomplex sind bei weniger als 10 % der Patienten vorhanden.

Circadiane Besonderheiten sind ebenfalls selten. Das Befinden ist bei 11 % der Patienten abends schlechter und bei 4.1 % morgens schlechter.

Andere psychische Störungen der Patienten mit akuten organischen Psychosen liegen in ihrer Häufigkeit zum Teil über dem gesamten Patientengut und zum Teil darunter. Darüber liegen die Pflegebedürftigkeit (39.7 %), der Mangel an Krankheitsgefühl (34.3 %), der Mangel an Krankheitseinsicht (28.7 %), die Aggressivität (19.2 %) und die Selbstbeschädigung (13.7 %). Deutlich darunter liegen der soziale Rückzug (19.2 %) und die Suicidalität (12.3 %).

### 3.2.2. Beschreibung der chronischen organischen Psychosen

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose chronische organische Psychose bei 42 von 1601 Patienten gestellt, das sind 2.6 % aller Patienten. Davon sind 15 männliche Patienten (2 % aller Männer) und 27 weibliche Patienten (3.2 % aller Frauen).

#### 3.2.2.1. Altersverteilung

Die Altersverteilung der Patienten mit chronischen organischen Psychosen zeigt ein sehr spezifisches Bild mit einer starken Dominanz der älteren Jahrgänge. Die meisten Patienten dieser Diagnosengruppe sind 66-75 Jahre alt (31.0 %). Die nächst größten Altersklassen sind die 56-65 jährigen mit 19.1 %, die 46-55 jährigen mit 16.7 % und die 76-85 jährigen mit 14.3 %. Zusammen ergeben diese Altersklassen über 45 Jahren 81 %, während die jüngeren Altersklassen zwischen 16 und 45 Jahren mit zusammen 19 % nur selten vertreten sind. Die Altersverteilungskurve zeigt also bis 45 Jahre einen sehr flachen Anstieg und einen breiten Häufigkeitsgipfel zwischen 46 und 85 Jahren mit abnehmender Häufigkeit erst nach 75 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 58 Jahre.

Die Aufteilung nach Geschlechtern ergibt eine Dominanz der Männer in den jüngeren Gruppen, die Frauen überwiegen erst ab 56 Jahren. Der Häufigkeitsgipfel beider Geschlechter liegt allerdings mit 33.3 % bei den Frauen und 26.7 % bei den Männern in der gleichen Gruppe der 66-75 jährigen. Das Durchschnittsalter errechnet sich bei den Frauen auf 62, bei den Männern auf 54 Jahre.

#### 3.2.2.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer der Patienten mit chronischen organischen Psychosen zeigt den Häufigkeitsgipfel mit 19.1 % bereits zwischen 11 und 20 Tagen und fällt dann steil auf etwa die halbe Häufigkeit ab. Bis zu 80 Tagen Klinikaufenthalt verläuft die Kurve aber nahezu konstant bei ca. 10 % und nimmt bei noch höherer Aufenthaltsdauer nur zögernd ab. 31 % der Patienten verließen die Klinik im ersten Monat, 33.3 % im zweiten Monat, 21.4 % im dritten Monat und immerhin noch 14.3 % waren länger als drei Monate aufgenommen. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der psychiatrischen Universitätsklinik beträgt 50 Tage, die längste 150 Tage.

Die Differenzierung der Geschlechter ergibt eine Dominanz der Männer bei einem Aufenthalt bis zu einem Monat (40 % der Männer; 25.9 % der Frauen) und eine Überrepräsentation der Frauen mit zunehmender Aufenthaltsdauer ab zwei Monaten. Eine Aufenthaltsdauer von zwei bis drei Monaten haben doppelt so viele Frauen (25.9 %) wie Männer (13.4 %). Im Mittel sind die Männer 44, die Frauen 56 Tage hospitalisiert.

#### 3.2.2.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik

61.9 % der Patienten mit chronischen organischen Psychosen wurden zum erstenmal, 38.1 % wiederholt in eine psychiatrische Klinik stationär aufgenommen. Von den Wiederaufnahmen handelt es sich bei 16.7 % um den zweiten, bei 7.1 % jeweils um den dritten und vierten und bei einem Patienten jeweils um den fünften, sechsten und elften Aufenthalt. Die mittlere Anzahl aller Aufenthalte beträgt 2.0.

Die weiblichen Patienten der chronischen organischen Psychosen haben geringfügig mehr Aufnahmen zu verzeichnen als die männlichen: der Patient mit dem fünften, sechsten und elften

Aufenthalt ist jeweils eine Frau. Die mittlere Anzahl der Aufnahmen beträgt bei den Frauen 2.3, bei den Männern 1.6.

#### 3.2.2.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Bei der Aufnahme sind die meisten Patienten mit chronischen organischen Psychosen (26.2 %) in die PSB-Bewertungsstufe 31-40 eingeteilt. Insgesamt entfallen auf die PSB-Werte 31-60 52.4 % der Patienten, auf die Werte unter 30 33.3 % und auf die Werte über 60 nur noch 9.6 %. Die Verteilungskurve der Aufnahme-PSB-Bewertung zeigt damit den Häufigkeitsgipfel in einem sehr niedrigen Bereich, von diesem ausgehend aber eine langsam und kontinuierlich abnehmende Häufigkeit bis in relativ hohe PSB-Stufen. Die mittlere Bewertung der PSB liegt bei 38 Punkten.

Die Entlassungs-PSB hat zwei Häufigkeitsgipfel in ihrer Verteilungskurve: der höhere liegt mit 21.4 % der Patienten in der PSB-Bewertung 61-70, der zweite mit immerhin noch 16.7 % in der Stufe 31-40. Die meisten Patienten (40.5 %) sind zwischen 31 und 60 eingeteilt, über 60 sind 38.1 %, unter 30 sind 16.7 %. Die Verteilungskurve zeigt damit bei der Entlassung eine sehr große Streuung der Häufigkeit mit jeweils mehr als 10 % der Patienten in den PSB-Stufen zwischen 21 und 80. Die mittlere Bewertung bei der Entlassung ist 51 PSB-Punkte.

Männer und Frauen unterscheiden sich weder hinsichtlich der Aufnahme-PSB, noch der Entlassungs-PSB deutlich voneinander.

#### 3.2.2.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen sind bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen typischerweise ein seltener Teil der Symptomatologie. Lediglich eine Einengung des Bewußtseins kommt bei 9.5 % der Patienten vor; alle anderen Formen der

Bewußtseinsstörung treten sehr selten auf.

Orientierungsstörungen, charakteristisch für das klinische Bild der chronischen organischen Psychosen, sind häufiger als bei allen anderen Diagnosegruppen. 40.5 % der Patienten haben zeitliche, 35.7 % örtliche, 33.3 % situative und 14.3 % Orientierungsstörungen über die eigene Person.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen prägen das klinische Bild der chronischen Psychosen am stärksten. Am häufigsten leiden die Patienten unter Merkfähigkeitsstörungen (73.8 %), gefolgt von Konzentrationsstörungen (69.1 %), Gedächtnisstörungen (66.7 %), Auffassungsstörungen (47.6 %) und Konfabulationen (21.4 %).

Von den Symptomen der formalen Denkstörungen kommen folgende Symptome ebenfalls sehr häufig vor: umständliches (47.6 %), verlangsamtes (42.9 %), perseverierendes (38.1 %) und eingengtes Denken (33.3 %). Seltener treten dagegen folgende Symptome auf: Grübeln (16.7 %), inkohärentes Denken (14.3 %), Vorbeireden (14.3 %) und gehemmtes Denken (11.9 %).

Von der Symptomgruppe Befürchtungen und Zwänge äußert sich das Mißtrauen nur bei 16.7 % der Patienten, die nicht wahnhaftige Hypochondrie bei 11.9 % und Phobien bei 7.1 %.

Zwangsdenken und Zwangsimpulse kommen überhaupt nicht vor. Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen manifestieren sich bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen sehr selten. Wenn überhaupt Symptome aus diesen Gruppen auftreten, so ist ihr prozentualer Anteil so gering, daß sie vernachlässigt werden können.

Störungen der Affektivität sind etwa genauso häufig wie beim gesamten Patientengut. 54.8 % der Patienten mit chronischen organischen Psychosen sind deprimiert, 42.9 % ängstlich, 40.5 % ratlos, bei 35.7 % sind die Vitalgefühle gestört, 33.3 % sind innerlich unruhig, 28.6 % hoffnungslos, 26.2 % haben Insuffizienzgefühle, 21.4 % sind klagsam und jammerig

und jeweils 19.1 % sind gereizt, affektarm und affektstarr. Eine Ausnahme bildet das Symptom Affektlabilität, das sich bei 28.6 % der Patienten mit chronischen organischen Psychosen äußert und damit doppelt so oft vorkommt wie beim gesamten Patientengut.

Von den Antriebs- und psychomotorischen Störungen fällt die für chronische organische Psychosen charakteristische Antriebsarmut auf. Bei 47.6 % der Patienten, und somit bei mehr als bei allen anderen Diagnosegruppen, tritt dieses Symptom auf. Des weiteren finden sich noch motorische Unruhe bei 31.0 % der Patienten, Antriebssteigerung und Antriebshemmung bei jeweils 19.1 % und Logorrhoe bei 11.9 %.

Circadiane Verlaufsbesonderheiten sind selten. 11.9 % der Patienten fühlen sich abends schlechter.

Anderer psychische Störungen sind bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen, außer einer häufigen Pflegebedürftigkeit bei 33.3 % der Patienten, im Vergleich zum gesamten Patientengut durchschnittlich häufig. Bei 40.5 % tritt ein sozialer Rückzug ein, bei 28.6 % herrscht ein Mangel an Krankheitseinsicht, bei 26.2 % ein Mangel an Krankheitsgefühl. 14.3 % der Patienten mit chronischen organischen Psychosen sind durch Suizidalität gefährdet und 11.9 % lehnen die Behandlung ab.

### 3.2.3. Beschreibung der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose)

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose schizophrene Psychose (ohne schizoaffektive Psychose) bei 359 von 1601 Patienten gestellt. Damit beträgt der Anteil der schizophrenen Psychose (ohne schizoaffektive Psychose) an der Klinikpopulation 22.4 %. 184 Patienten sind Männer, das sind 24.7 % aller Männer, 175 Patienten sind Frauen, das sind 20.4 % aller Frauen.

#### 3.2.3.1. Altersverteilung

Die Altersverteilungskurve der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) ist gekennzeichnet durch ein deutliches Maximum, das sich über die zwei Altersgruppen der 16-25 und der 26-35 jährigen mit 33.7 % bzw. 33.1 % erstreckt. Die 36-45 jährigen folgen mit 23.1 % und ergeben mit den beiden Maxima zusammen 90 %. Die Verteilungskurve zeigt dann eine sehr starke Abnahme der Häufigkeit und einen flachen Verlauf zwischen 46 und 75 Jahren mit 5.9 %, 3.3 % und 0.8 %. Nur 10 % der Patienten mit schizophrenen Psychosen sind älter als 45 Jahre, womit sich ein Durchschnittsalter von nur 32 Jahren ergibt.

Die Männer überwiegen gegenüber den Frauen nur in der Gruppe der 16-25 jährigen, in welcher mit 41.8 % ihr Häufigkeitsgipfel liegt. Ab 26 Jahren dominieren in allen Altersgruppen die Frauen, deren Maximum mit 34.3 % in der Altersklasse der 26-35 jährigen ist. Das Durchschnittsalter der Männer liegt bei 29 Jahren, das der Frauen bei 34 Jahren.

#### 3.2.3.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Bei der Verteilung der Aufenthaltsdauer der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) im 10-Tage-Intervall erkennt man zwischen 11 und 60 Tagen einen kontinuierlichen, plateauhaften Kurvenverlauf mit jeweils mehr als 10 % Häufigkeit. Der Häufigkeitsgipfel ragt daraus mit 14.2 % bei 41 bis 50 Tagen Aufenthalt kaum hervor. Im Monat-Intervall ergibt die Verteilung 33.9 % im ersten, 36.2 % im zweiten, 18.7 % im dritten und zusammen 10.7 % im vierten bis achten Monat. Die längste Aufenthaltsdauer beträgt 260 Tage, die mittlere 49 Tage.

In den ersten drei Monaten des Aufenthaltes werden etwas mehr Männer als Frauen entlassen, die Frauen sind ab dem vierten Monat überrepräsentiert: 15 % der Frauen, aber nur 6.4 % der Männer befinden sich länger als drei Monate in der Klinik. Die mittlere Aufenthaltsdauer unterscheidet sich nur um einen Tag (Männer: 48 Tage; Frauen: 49 Tage).

#### 3.2.3.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik

Der stationäre Aufenthalt im Untersuchungszeitraum war bei nur 46.0 % der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) die erste Aufnahme in eine psychiatrische Klinik, d.h. 54.0 % der Patienten wurden bereits wiederholt aufgenommen. Davon waren 24.0 % zum zweiten-, 12.5 % zum dritten-, 3.9 % zum vierten-, 5.9 % zum fünften- und 6.7 % öfter als fünfmal stationär in einer psychiatrischen Klinik. Die errechnete mittlere Anzahl an Klinikaufnahmen ist 2.4. Die größte Anzahl an stationären Klinikaufhalten eines Patienten mit schizophrenen Psychosen ist 16.

Zwischen Männern und Frauen besteht kein nennenswerter Unterschied.

#### 3.2.3.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Die Verteilungskurven der psychosozialen Beeinträchtigung der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) bei der Aufnahme und bei der Entlassung zeigen einen spiegelbildlichen Verlauf. Beide Kurven haben gleich stark ausgeprägte Häufigkeitsgipfel. Während aber die Aufnahmekurve über 60 PSB-Punkten einen flachen abnehmenden Verlauf annimmt, zeigt die Entlassungskurve bis 50 Punkte einen flachen zunehmenden Verlauf. Das Maximum der PSB-Verteilungskurve bei der Aufnahme ist mit 32.0 % der Patienten in der Stufe 31-40. Zwischen 31 und 60 sind 72.4 %, darunter 22.2 % und darüber nur 4.2 % der Patienten eingeordnet. Der mittlere PSB-Wert bei der Aufnahme ist 40.

Das Maximum bei der Entlassung liegt mit 29.6 % der Patienten zwischen 61 und 70. Insgesamt sind über die Bewertungsstufe 60 62.2 %, zwischen 31 und 60 34.2 % und unter 30 noch 2.5 % der Patienten eingeordnet. Die Entlassung erfolgt im Mittel mit 64 PSB-Punkten.

Die Männer wurden im Mittel bei der Aufnahme geringfügig höher (Männer: 40 P., Frauen: 39 P.), bei der Entlassung dagegen etwas niedriger (Männer: 61 P.; Frauen: 66 P.) als die Frauen eingeschätzt. Die Differenz aus durchschnittlicher Entlassungs- und Aufnahmebewertung ist bei den Frauen folglich um sechs Punkte größer als bei den Männern.

#### 3.2.3.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) kommen Bewußtseinsstörungen sehr selten vor. Eine Bewußtseinseingengung haben 3.6 % der Patienten, die anderen Störungen dieses Symptomkomplexes sind noch seltener.

Orientierungsstörungen äußern sich ebenfalls sehr selten. Mit 8.7 % ist die zeitliche Orientierungsstörung die häufigste Form. Situativ, bzw. örtlich sind jeweils 6.4 bzw. 5.6 % der Patienten desorientiert.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen treten häufig auf. Im einzelnen manifestieren sich Konzentrationsstörungen bei 59.6 %, Auffassungsstörungen bei 35.1 %, Merkfähigkeitsstörungen bei 23.7 % und Gedächtnisstörungen bei 12.8 % der Patienten.

Formale Denkstörungen kommen sehr häufig vor. Besonders kennzeichnend für die Symptomatologie der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) sind eingegengtes Denken (42.6 %), Inkohärenz bzw. Zerfahrenheit (36.2 %), Vorbeireden (29.3 %), gesperrtes Denken (22.3 %), Gedankendrängen (13.7 %) und Neologismen (7.8 %). Bei 33.2 % der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) treten außerdem noch umständliches Denken, bei 27.8 % verlangsamtes Denken, bei jeweils 19.5 % gehemmtes Denken und Grübeln, bei 13.1 % perseverierendes Denken und bei 12.0 % ideenflüchtiges Denken auf.

Befürchtungen und Zwänge äußern sich bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) bis auf das Mißtrauen (37.3 %) selten.

Die Wahnsymptome sind ein weiteres charakteristisches Kennzeichen der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose). Der Beeinträchtigungs- bzw. Verfolgungswahn kommt bei den meisten Patienten vor (40.7 %), dicht gefolgt von einer allgemeinen Wahnstimmung (40.1 %), dem Beziehungswahn (35.9 %) und Wahngedanken (34.3 %). Bei 27.0 % der Patienten manifestiert sich außerdem noch eine Wahndynamik, bei 21.2 % eine Wahnwahrnehmung, bei 20.3 % ein systematisierter Wahn und bei 18.4 % ein Wahneinfall. Andere Wahninhalte sind unbedeutend selten.

Sinnestäuschungen kommen ebenfalls häufig vor. 27 % der Patienten leiden unter Stimmenhören, 11.1 % unter Körperhalluzinationen, 8.4 % unter optischen Halluzinationen und 7.8 % unter Geruchs- und Geschmackshalluzinationen.

Ich-Störungen kommen in keiner anderen Diagnosegruppe so häufig vor, wie bei den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose). Die Gedankenausbreitung tritt bei 14.8 % der Patienten auf; es folgen Gedankeneingebung und andere Fremdbeeinflussungserlebnisse bei jeweils 14.5 %, Depersonalisation (13.1 %), Derealisation (12.3 %) und Gedankenentzug (8.1 %).

Von den Störungen der Affektivität sind bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) bestimmte Symptome - im Vergleich zur Häufigkeit beim gesamten Patientengut - stark überrepräsentiert. Dazu gehören die Ratlosigkeit (41.0 %), die Affektarmut (34.5 %), die Ambivalenz (29.3 %), die gereizte Stimmung (28.7 %), die Dysphorie (28.4 %), die Affektstarre (27.6 %), die Parathymie (25.1 %) und die Euphorie (15.0 %). Die anderen Störungen der Affektivität, wie innerlich unruhig (46.0 %), ängstlich (39.0 %), deprimiert (35.4 %), Störung der Vitalgefühle (17.0 %), hoffnungslos (16.2 %), Insuffizienzgefühle (15.0 %) und affektlabil (12.0 %), liegen unter der Häufigkeit dieser Symptome bei allen Patienten der Universitätsklinik.

Typisch schizophrene Störungen des Antriebs und der Psychomotorik sind zwei- bis dreimal so häufig wie bei den anderen Diagnosegruppen. Hierunter fallen Manirismen und bizarre Haltungen (20.1 %), Parakinesen (11.1 %) und Autismus (9.8 %). Andere antriebs- und psychomotorische Störungen, wie motorisch unruhiges Verhalten (40.0 %), Antriebsarmut (36.2 %), Antriebssteigerung (26.7 %), Antriebshemmung (15.9 %) und Logorrhö (11.9 %) kommen durchschnittlich oft vor.

Circadiane Besonderheiten im Befinden der Patienten gibt es

keine.

Unter der Rubrik "andere psychische Störungen" sind bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Symptome), gegenüber den anderen untersuchten Diagnosegruppen, einige Symptome stark überrepräsentiert: bei 45.4 % der Patienten tritt ein sozialer Rückzug auf, bei 40.1 % ein Mangel an Krankheitseinsicht und bei 36.0 % ein Mangel an Krankheitsgefühl; 17.6 % der Patienten lehnen die Behandlung ab und 15.0 % verletzen oder beschädigen sich selbst in irgendeiner Weise. Die Aggressivität (19.8 %) und soziale Utriebigkeit (11.7 %) kommt durchschnittlich oft vor. Pflegebedürftigkeit (19.5 %) und Suicidalität (13.7 %) sind dagegen vergleichsweise seltene Symptome der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose).

### 3.2.4. Beschreibung der schizoaffectiven Psychose

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose schizoaffectiv-  
tive Psychose bei 135 von 1601 Patienten, bzw. bei 8.4 % al-  
ler Patienten gestellt. Davon sind 26 männliche Patienten  
(3.5 % aller Männer) und 109 weibliche Patienten (12.7 % al-  
ler Frauen).

#### 3.2.4.1. Altersverteilung

Bei der Altersverteilung der Patienten mit schizoaffectiver  
Psychose stehen die 36-45 Jahre alten Patienten mit 33.3 %  
Häufigkeit an erster Stelle, gefolgt von den ebenfalls star-  
ken Altersklassen der 26-35 jährigen mit 23.7 % und den 16-25  
jährigen mit 21.5 %. Dem breiten Häufigkeitstgipfel zwischen  
16 und 45 Jahren folgt eine konstant starke Abnahme zwischen  
46 und 75 Jahren. Zusammen haben die 16-45 jährigen einen An-  
teil von 78.5 %, gegenüber 21.5 % der 46-75 jährigen. Durch  
diese Altersverteilung ergibt sich ein relativ junges Durch-  
schnittsalter von 35 Jahren.

Bei der Auftrennung nach dem Geschlecht ergeben sich zwei Al-  
terskurven, deren Maxima um 20 Jahre differieren; bei den  
Männern liegt es in der Gruppe der 16-25 jährigen (34.6 %),  
bei den Frauen liegt es bei den 36-45 jährigen (35.8 %). Als  
Durchschnittsalter errechnet sich 33 Jahre für die Männer und  
37 Jahre für die Frauen.

#### 3.2.4.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die meisten Patienten mit schizoaffectiver Psychose (21.5 %)  
haben eine Aufenthaltsdauer zwischen 21 und 30 Tagen, in wel-  
cher ein deutlicher Häufigkeitstgipfel in der Verteilungskurve  
besteht. Nach einem steilen Abfall auf 10.4 % bei 31-40 Tagen  
Aufenthalt und einem erneutem geringen Anstieg auf 12.6 % bei

41-50 Tagen, folgt eine langsam abnehmende Häufigkeit zwischen 51 und 80 Tagen. Insgesamt befanden sich 45.3 % der Patienten bis zu einem Monat, 30.4 % zwischen einem und zwei Monaten, 16.3 % zwischen zwei und drei Monaten und nur 8.1 % mehr als drei Monate stationär in der Klinik. Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer liegt bei 45 Tagen. 170 Tage ist die längste Aufenthaltsdauer.

Bei der Unterscheidung der Geschlechter überwiegen bei der schizoaffectiven Psychose die Frauen in den ersten beiden Monaten: 46.8 % gegenüber 38.5 % der Männer und 31.1 % gegenüber 27.0 % wurden in den ersten zwei Monaten des Aufenthaltes entlassen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer überwiegen dann die Männer: 19.3 % gegenüber 15.6 % der Frauen im dritten Monat und 15.4 % gegenüber 6.4 % bei mehr als drei Monaten. Die Frauen sind im Mittel nur 41 Tage stationär in der Klinik, die Männer 50 Tage.

#### 3.2.4.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik

Nur bei 31.9 % der Patienten mit schizoaffectiver Psychose handelt es sich um eine Erstaufnahme, folglich waren 68.1 % Wiederaufnahmen. Davon war es bei 20.7 % der Patienten der zweite, bei 17.0 % der dritte, bei 6.7 % der vierte und bei 5.9 % der fünfte Aufenthalt. Beachtliche 17.0 % der Patienten wurden schon mehr als fünfmal aufgenommen, die höchste Aufnahmeanzahl ist elf. Die Patienten mit schizoaffectiver Psychose wurden im Mittel dreimal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen.

Bei der Differenzierung der Geschlechter ergeben sich beachtenswerte Unterschiede: bei 46.2 % der Männer, gegenüber nur 28.4 % der Frauen, war es eine Erstaufnahme und 19.3 % der Frauen, aber nur 7.7 % der Männer, wurden schon mehr als fünfmal aufgenommen; d.h. die Frauen waren deutlich öfter

stationär in einer psychiatrischen Klinik als die Männer. Die mittlere Anzahl der Aufenthalte beträgt bei den Frauen 3.2, bei den Männern 2.7.

#### 3.2.4.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Die Verteilungskurve der PSB-Bewertung der Patienten mit schizoaffectiver Psychose zeigt bei der Aufnahme einen breiten Häufigkeitsgipfel zwischen 21 und 50 Punkten: 29.6 % der Patienten wurden bei der Aufnahme in die PSB-Bewertungsstufe 31-40, 28.2 % in die Stufe 41-50 und 22.2 % in die Stufe 21-30 eingeordnet. Zusammen sind in die PSB-Werte zwischen 31 und 60 70.4 % der Patienten, unter 30 Punkten 24.4 % und über 60 nur 5.2 % eingeteilt. Die mittlere PSB-Einschätzung bei der Aufnahme liegt bei 39 Punkten.

Bei der Entlassung wurden die meisten Patienten mit schizoaffectiver Psychose (28.2 %) dem PSB-Intervall 71-80 zugeordnet. Insgesamt sind 91.8 % der Patienten über 60 Punkte (18.5 % sind sogar über 90) und nur 8.2 % unter 60 Punkte eingestuft. Der Mittelwert der Entlassungs-PSB ist 77 Punkte.

Zwischen Männern und Frauen besteht kein deutlicher Unterschied. Sowohl bei der Aufnahme, als auch bei der Entlassung haben die Männer im Mittel einen geringfügig schlechteren PSB-Wert.

#### 3.2.4.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen äußern sich bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose sehr selten. Die Bewußtseinsverminderung ist mit 4.4 %-Anteil die häufigste Form der Bewußtseinsstörung.

Orientierungsstörungen sind zwar selten, kommen aber beinahe doppelt so häufig vor wie bei den übrigen schizophrenen Psy-

chosen: 14.8 % der Patienten mit schizoaffectiver Psychose sind zeitlich, 9.6 % situativ und 8.9 % örtlich desorientiert.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose relativ häufig vor. Die meisten Patienten (62.2 %) haben Konzentrationsstörungen; es folgen Auffassungsstörungen bei 38.5 % der Patienten, Merkfähigkeitsstörungen bei 26.7 % und Gedächtnisstörungen bei 13.3 %.

Formale Denkstörungen kommen - wie bei den übrigen schizophrenen Psychosen - sehr häufig vor. Einige Symptome der formalen Denkstörungen treten aber bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose deutlich öfter auf: Inkohärenz bei 42.2 % der Patienten, Vorbeireden bei 34.1 % und Ideenflüchtigkeit bei 28.2 %. Andere formale Denkstörungen sind dagegen seltener als bei den übrigen schizophrenen Psychosen: 31.9 % der Patienten denken eingeengt, 27.4 % verlangsamt, 20.7 % umständlich, 14.1 % leiden unter Grübeln, bei 13.3 % ist das Denken gehemmt und bei 11.9 % drängen sich Gedanken auf.

Befürchtungen und Zwänge manifestieren sich bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose bis auf das Mißtrauen (26.7 %) selten. Hierin besteht kein Unterschied zu den übrigen schizophrenen Psychosen.

Die Wahnsymptome sind, als typisches Kennzeichen der schizoaffectiven Psychose, wesentlich häufiger als beim gesamten Patientengut, erreichen aber nicht die Häufigkeit wie bei den übrigen schizophrenen Psychosen. Besonders der Verfolgungswahn mit nur 25.2 %, der systematisierte Wahn mit 9.6 %, allgemeine Wahngedanken mit 25.9 % und die Wahn-Dynamik mit 20.0 % liegen deutlich unter der Häufigkeit dieser inhaltlichen Denkstörungen bei den übrigen schizophrenen Psychosen. Die Wahn-Stimmung (40.7 %) tritt bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose am häufigsten auf. Es folgen der Bezie-

hingswahn (31.1 %), der Wahneinfall (20.7 %), die Wahnwahrnehmung (19.3 %), der Größenwahn (13.3 %), der Schuldwahn (11.1 %) und andere Wahninhalte (10.4 %).

Sinnestäuschungen treten bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose ebenfalls häufiger als beim gesamten Patienten-gut auf, erreichen aber nicht die Prozentanteile dieser Symptome bei den übrigen schizophrenen Psychosen. Stimmenhören ist mit 18.5 % der Patienten die mit Abstand häufigste Hallu-zination der schizoaffectiven Psychose. Alle anderen Sinnes-täuschungen liegen unter 5 %.

Die Ich-Störungen der Patienten mit schizoaffectiver Psychose erreichen ebenfalls nicht ganz die Häufigkeit dieser Symptome bei den übrigen schizophrenen Psychosen, kommen aber häufiger vor als bei allen anderen Diagnosegruppen. 13.3 % der Patien-ten leiden unter Fremdbeeinflussungserlebnissen, 11.1 % unter Gedankeneingebung, 10.4 % unter Depersonalisation und jeweils 8.2 % unter Derealisation und Gedankenausbreitung.

Folgende Störungen der Affektivität kommen bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose - im Vergleich zum gesamten Pa-tientengut - wesentlich häufiger vor: Ratlosigkeit (48.2 %), Ambivalenz (31.9 %), gereizte Stimmung (31.9 %), Dysphorie (23.7 %), Euphorie (23.0 %), Parathymie (17.0 %), Affektlabi-lität (17.8 %) und Affektstarre (14.8 %). Die übrigen affek-tiven Symptome kommen etwa ähnlich häufig vor: innerlich un-ruhig (51.9 %), deprimiert (50.4 %), ängstlich (45.9 %), hoffnungslos (23.0 %), Insuffizienzgefühle (21.5 %), Störung der Vitalgefühle (20.0 %), Schuldgefühle (20.0 %), affektarm (12.6 %) und klagsam (11.1 %).

Von den antriebs- und psychomotorischen Störungen kommen die motorische Unruhe (49.7 %) und die Antriebssteigerung (42.2 %) sehr häufig vor. Außerdem treten noch häufig auf: Antriebsar-mut bei 28.9 % der Patienten, Antriebshemmung bei 19.3 %, Lo-gorrhö bei 14.1 % und Manirismen und bizarre Haltungen bei

11.9 %. Parakinesen und Mutismus manifestieren sich dagegen sehr selten.

Circadiane Besonderheiten sind sehr selten. Lediglich 7,4 % der Patienten fühlen sich morgens schlechter.

Mangel an Krankheitsgefühl (34.8 %) und Mangel an Krankheits-einsicht (32.6 %) sind bei den Patienten mit schizoaffektiver Psychose aus dem Komplex "andere psychische Störungen" die häufigsten Symptome. Es folgen Pflegebedürftigkeit (27.4 %), sozialer Rückzug (24.4 %), soziale Umtriebigkeit (20.8 %), Aggressivität (17.8 %), Suicidalität (14.1 %) und Selbstbeschädigung (12.6 %). Auffallend ist, daß die soziale Umtriebigkeit im Vergleich zu den schizophrenen Psychosen stark überrepräsentiert ist, während der soziale Rückzug dagegen deutlich seltener vorkommt.

### 3.2.5. Beschreibung der paranoiden Syndrome

Von 1601 Patienten des Untersuchungszeitraumes 1980 wurden 51 Patienten der Diagnosegruppe paranoide Syndrome zugeordnet. Damit beträgt der Anteil der paranoiden Syndrome am gesamten Patientengut 3.2 %. Zwölf Patienten sind Männer, das sind 1.6 % aller Männer, 39 Patienten sind Frauen, das sind 4.6 % aller Frauen.

#### 3.2.5.1. Altersverteilung

Das Maximum der Altersverteilung der Patienten mit paranoiden Syndromen liegt zwar in der Gruppe der 66-75 jährigen (25.5 %), aber die Altersgruppen der 36-65 jährigen Patienten folgen mit 21.6 %, 21.6 % und 17.7 % dicht auf. Diese Häufigkeitsverteilung ergibt eine Konzentration von 86.4 % der Patienten zwischen 36 und 75 Jahren. Die jüngeren Altersklassen der 16-35 jährigen sind mit jeweils nur 5.9 % vertreten. Zusammen ergeben die jüngeren Patienten bis 45 Jahre 33.4 %, die älteren Patienten zwischen 46 und 85 Jahren 66.6 %. Das Durchschnittsalter liegt bei 51 Jahren.

Aufgrund der geringen Patientenzahl läßt sich eine detaillierte Unterscheidung zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Altersverteilung nicht durchführen. Lediglich die Aussage, daß in den jüngeren Altersklassen wiederum die Männer und in den älteren die Frauen überwiegen ist mit Sicherheit gerechtfertigt.

#### 3.2.5.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Der Häufigkeitsgipfel der Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer der Patienten mit paranoiden Syndromen liegt mit 25.5 % im Zeitintervall 31-40 Tage. Zusammen 35.6 % der Patienten wurden innerhalb des ersten Monats ihres Aufenthaltes entlas-

sen. 47.1 % befanden sich ein bis zwei Monate, 13.7 % zwei bis drei Monate und nur 4 % länger als drei Monate stationär in der Klinik. Diese Verteilung ergibt eine mittlere Aufenthaltsdauer von 44 Tagen. Der am längsten hospitalisierte Patient war 130 Tage in der Klinik.

Bei der Geschlechtsdifferenzierung entsteht folgende Verteilung: 38.5 % der weiblichen Patienten, aber nur 25 % der männlichen Patienten, haben einen Aufenthalt bis zu einem Monat. Bei längerem Aufenthalt dominieren die Männer. Ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 49 Tage, jene der Frauen 38 Tage.

#### 3.2.5.3. Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte

Bei 64.7 % der Patienten mit paranoiden Syndromen war der Aufenthalt in der psychiatrischen Universitätsklinik während des Untersuchungszeitraumes der erste. 35.3 % der Patienten wurden schon öfters in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Bei 19.6 % von ihnen war es der zweite, bei 7.8 % der dritte und bei 2.0 % der fünfte Aufenthalt. 4.0 % der Patienten haben mehr als fünf Aufenthalte zu verzeichnen. Die mittlere Anzahl beträgt 1.8, die größte Anzahl an Aufenthalten eines Patienten ist acht.

Zwischen Männern und Frauen besteht kein wesentlicher Unterschied.

#### 3.2.5.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Das Maximum der Aufnahme-PSB-Verteilungskurve der Patienten mit paranoiden Syndromen ist in der Bewertungsstufe 31-40. 37.3 % der Patienten wurden hier eingeordnet. Mit 74.6 % liegt der größte Teil der Patienten in den PSB-Bereichen 31-60. 13.7 % liegen über 60 Punkten, 11.8 % darunter. Die

mittlere Bewertung ist 43 Punkte.

Der Häufigkeitsgipfel der Entlassungskurve liegt in der PSB-Stufe 71-80. Hier wurden ebenfalls 37.3 % der Patienten eingeordnet. Insgesamt sind 82.4 % über 60 Punkten, 15.7 % sind in der Stufe 51-60 und ein Patient wurde mit einer Bewertung von 10-20 entlassen. Der mittlere PSB-Entlassungs-Wert beträgt 73 Punkte.

Bei der Unterscheidung der Patienten nach dem Geschlecht ergeben sich sowohl bei der Aufnahme, als auch bei der Entlassung für die männlichen Patienten schwerere Krankheitsbilder, d.h. niedrigere PSB-Bewertungen. Der mittlere Aufnahmewert der Männer ist 40, jener der Frauen 45; der mittlere Entlassungswert ist 72 bzw. 74.

#### 3.2.5.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen kommen bei den Patienten mit paranoiden Syndromen selten vor. Die häufigste Form der Störungen ist die Einengung des Bewußtseins (3.9 %).

Orientierungsstörungen sind seltener als beim psychischen Befund des gesamten Patientengutes. Zeitliche und örtliche Desorientierung tritt bei jeweils 5.9 % der Patienten auf.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen äußern sich bei den Patienten mit paranoiden Syndromen durchschnittlich häufig. 52.9 % der Patienten leiden unter Konzentrationsstörungen, 29.4 % unter Merkfähigkeitsstörungen, 21.6 % unter Gedächtnisstörungen. Parannnesien kommen zwar nur bei 5.9 % der Patienten vor, die paranoiden Syndrome stehen damit aber an der Spitze aller Diagnosegruppen.

Von den formalen Denkstörungen sind das eingeengte (47.1 %), das umständliche (29.4 %) und das perseverierende Denken (17.7 %), neben dem Grübeln (27.5 %), relativ häufig. Alle anderen formalen Denkstörungen sind dagegen selten: verlang-

santes Denken (19.6 %), Inkohärenz (13.7 %), Vorbeireden (9.8 %) und Ideenflucht (5.9 %).

Von den Befürchtungen und Zwängen äußert sich bei den Patienten mit paranoiden Syndromen das Mißtrauen (45.1 %) am häufigsten. Relativ oft kommen daneben noch Zwangsdenken (7.8 %), Phobien (5.9 %), Zwangsimpulse und Zwangshandlungen (jeweils 3.9 %) vor.

Der Wahn, das Charakteristikum der paranoiden Syndrome, kommt sehr häufig vor. Die meisten Patienten mit paranoiden Syndromen leiden unter einem Beeinträchtigungs- bzw. Verfolgungswahn (56.9 %). Es folgen die Wahnstimmung (45.1 %), Wahnge-danken (39.2 %), Beziehungswahn (39.2 %), Wahn-Dynamik (35.9 %), Wahn-Wahrnehmung (31.4 %), systematisierter Wahn (23.5 %) und andere Wahninhalte (13.7 %). Alle diese Formen der inhaltlichen Denkstörung kommen bei den Patienten mit paranoiden Syndromen zwei- bis dreimal so häufig vor wie beim gesamten Patientengut. Ebenfalls überdurchschnittlich häufig sind noch der Wahn-Einfall (11.8 %), der Größenwahn (7.8 %), der Verarmungswahn (3.9 %), der Eifersuchtswahn (3.9 %) und der hypochondrische Wahn (3.9 %).

Sinnestäuschungen sind ebenfalls häufige Bestandteile der paranoiden Symptomatik. 19.6 % der Patienten hören Stimmen, 11.7 % haben Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen, 9.8 % haben andere akustische Halluzinationen, 7.8 % haben Körperhalluzinationen und 5.8 % haben optische Halluzinationen.

Ich-Störungen kommen zwar im Vergleich zur übrigen Symptomatik selten vor, sie liegen aber dennoch über der Häufigkeit beim gesamten Patientengut. 11.8 % der Patienten leiden unter Fremdbeeinflussungserlebnissen, jeweils 7.8 % unter Gedankeneingebung und Gedankenentzug und 5.9 % unter Derealisation.

Eine typische Verteilung der affektiven Störungen ist nicht erkennbar. Jeweils 54.9 % der Patienten sind deprimiert und ängstlich, 51.0 % sind innerlich unruhig, 31.4 % sind ratlos,

19.6 % sind hoffnungslos, 17.6 % haben Insuffizienzgefühle, jeweils 15.7 % sind klagsam bzw. jammerig und affektlabil, jeweils 13.7 % sind gereizt, ambivalent und affektstarr und jeweils 11.8 % der Patienten sind dysphorisch, haben Schuldgefühle und gestörte Vitalgefühle.

Antriebs- und psychomotorische Störungen sind bei den Patienten mit paranoiden Syndromen, bis auf die Logorrhö (13.7 %) und das mutistische Verhalten (7.8 %), relativ selten. Antriebsarmut (31.7 %), motorische Unruhe (19.6 %), Antriebshemmung (11.8 %) und Antriebssteigerung (11.8 %) kommen unterdurchschnittlich häufig vor. Typisch schizophrene Störungen der Psychomotorik, wie Parakinesen und Manirismen, kommen bei den Patienten mit paranoiden Syndromen nicht vor.

Circadiane Besonderheiten im Befinden der Patienten treten nicht auf.

Von dem Komplex "andere Störungen" sind die sehr selten vorkommende Suicidalität (9.8 %) und soziale Umtriebigkeit (2.0 %) beachtenswert. Am häufigsten findet man einen sozialen Rückzug (31.4 %), dann einen Mangel an Krankheitsgefühl (27.5 %) und an Krankheitseinsicht (23.5 %). Pflegebedürftig sind 23.5 % der Patienten und 9.8 % lehnen die Behandlung ab.

#### Teil 4

#### D i s k u s s i o n

1. Vergleichende Betrachtung des gesamten Patientengutes und der einzelnen Diagnosegruppen anhand der demographischen und klinischen Merkmale
2. Vergleich unserer Ergebnisse mit Untersuchungen aus dem Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München

#### 4. Diskussion

##### 4.1. Vergleichende Betrachtung des gesamten Patientengutes und der einzelnen Diagnosegruppen anhand der demographischen und klinischen Merkmale

Im Jahre 1980 wurden an der Psychiatrischen Klinik der Universität München 1601 Patienten behandelt. Im Ergebnisteil dieser Arbeit wurden die demographischen und klinischen Merkmale einschließlich der psychopathologischen Symptomatik der Grundgesamtheit (gesamtes Patientengut) und der Diagnosegruppen akute organische Psychosen, chronische organische Psychosen, schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose), schizoaffektive Psychose und paranoide Syndrome dargestellt. Anhand einer vergleichenden Betrachtung dieser demographischen und klinischen Merkmale sollen im folgenden Diskussteil zum einen wesentliche Unterschiede der Diagnosegruppen und zum anderen die Bedeutung der psychopathologischen Symptomatik für die Differentialdiagnostik psychischer Krankheiten herausgestellt werden.

##### 4.1.1. Durchschnittsalter

Von allen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen haben die Patienten mit chronischen organischen Psychosen mit 58 Jahren das höchste Durchschnittsalter. Sie sind damit im Durchschnitt um 19 Jahre älter als das gesamte Patientengut mit 39 Jahren Durchschnittsalter. Noch deutlicher wird der Altersunterschied der Patienten mit chronischen organischen Psychosen zu den übrigen Diagnosegruppen und dem gesamten Patientengut bei der Betrachtung der Altersverteilungskurve. Ein Beispiel soll dies erläutern: 81 % der Patienten mit chronischen organischen Psychosen sind älter als 46 Jahre, während 70 % des gesamten Patientengutes jünger als 46 Jahre sind.

Mit 51 Jahren Durchschnittsalter sind die Patienten der Diagnosegruppe paranoide Syndrome zwar jünger als die der chro-

nischen organischen Psychosen, sie sind aber noch um zwölf Jahre älter als der Durchschnitt des gesamten Patientengutes. Die Patienten mit akuten organischen Psychosen sind im Durchschnitt 42 Jahre alt und stehen damit im Vergleich der einzelnen Diagnosegruppen an dritter Stelle. Der Unterschied zu den paranoiden Syndromen und den chronischen organischen Psychosen ist mit neun bzw. 16 Jahren beträchtlich. Das Durchschnittsalter der Patienten mit akuten organischen Psychosen liegt aber immer noch um drei Jahre über dem aller Patienten.

Die Patienten mit schizoaffectiver Psychose und die Patienten mit den übrigen schizophrenen Psychosen liegen dagegen beide mit ihrem Durchschnittsalter unter dem aller Patienten. Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizoaffectiver Psychose beträgt 35 Jahre, das der Patienten mit den übrigen schizophrenen Psychosen nur 32 Jahre. Die Patienten mit den übrigen schizophrenen Psychosen sind im Durchschnitt um sieben Jahre jünger als das gesamte Patientengut des Untersuchungszeitraumes und von allen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen jene mit dem niedrigsten Durchschnittsalter. Der durchschnittliche Altersunterschied der Patienten mit chronischen organischen Psychosen und der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) ist mit 26 Jahren am größten. Von den Patienten mit chronischen organischen Psychosen sind, wie oben erwähnt, 81 % älter als 46 Jahre, von den Patienten mit schizophrenen Psychosen sind 90 % jünger als 46 Jahre.

#### 4.1.2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Untersuchungszeitraum 1980 haben die Patienten mit chronischen organischen Psychosen. Sie blieben durchschnittlich 50 Tage in der Klinik. Gegenüber dem gesamten Patientengut, das eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 43 Tagen hat, waren

sie eine Woche länger hospitalisiert. Die Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) waren mit 49 Tagen durchschnittlicher Aufenthaltsdauer im Mittel nur um einen Tag weniger stationär in der Klinik aufgenommen als die Patienten mit chronischen organischen Psychosen. Deutlich größer ist der Abstand zu den Patienten der Diagnosegruppe schizoaffektive Psychose. Sie waren durchschnittlich 45 Tage hospitalisiert, also nur um zwei Tage länger als alle Patienten. Die Patienten mit paranoiden Syndromen waren mit 44 Tagen durchschnittlicher Aufenthaltsdauer schließlich nur um einen Tag länger als der Durchschnitt aller Patienten in der Klinik aufgenommen.

Die bisher genannten Diagnosegruppen haben alle eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik als das gesamte Patientengut. Die Patienten mit akuten organischen Psychosen stellen somit eine Ausnahme dar. Sie wurden mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von nur 33 Tagen zehn Tage früher aus der Klinik entlassen als der Durchschnitt aller Patienten. Während die übrigen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen alle eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 44 bis 50 Tagen haben, nehmen die Patienten mit akuten organischen Psychosen mit nur 33 Tagen somit eine Sonderstellung ein.

#### 4.1.3. Durchschnittliche Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

Die - mit großem Abstand - meisten Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken haben die Patienten mit schizoaffektiver Psychose zu verzeichnen. Im Durchschnitt wurden sie im Untersuchungszeitraum 1980 zum drittenmal aufgenommen. Eine ebenfalls sehr hohe Wiederaufnahmerate haben die Patienten mit den übrigen schizophrenen Psychosen mit 2,4 durchschnittlichen Aufenthalten. Im Vergleich zu den übrigen in dieser Ar-

beit untersuchten Diagnosegruppen sind die schizoaffektive Psychose und die übrigen schizophrenen Psychosen die einzigen Diagnosegruppen, welche häufiger stationär aufgenommen wurden als der Durchschnitt des gesamten Patientengutes, der eine durchschnittliche Anzahl von 2,0 Klinikaufenthalten hat.

Die Patienten mit chronischen organischen Psychosen haben eine Wiederaufnahmerate von 2,0, welche genauso groß ist wie die durchschnittliche Anzahl der stationären Klinikaufnahmen bei allen Patienten. Die Patienten mit paranoiden Syndromen weisen eine durchschnittliche Anzahl von 1,8 bisherigen Klinikaufenthalten auf und liegen nur knapp darunter. Mit großem Abstand folgen schließlich die Patienten mit akuten organischen Psychosen. Sie haben eine durchschnittliche Aufnahmeanzahl in eine Klinik von 1,4 und damit die niedrigste Wiederaufnahmerate aller in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen.

#### 4.1.4. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

##### 4.1.4.1. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Aufnahme

Alle in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen liegen in ihrer PSB-Bewertung bei der Aufnahme in die Klinik unter dem durchschnittlichen Aufnahme-PSB-Wert des gesamten Patientengutes. Diese niedrige PSB-Einschätzung entspricht dem relativ schwereren Krankheitsbild der Psychosen gegenüber den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Besonders die akuten und chronischen organischen Psychosen, die schizoaffektive Psychose und die übrigen schizophrenen Psychosen mit ihren durchschnittlichen PSB-Bewertungen von 38, 39 und 40 Punkten, führen aufgrund ihrer charakteristischen Symptomatologie (Bewußtseinsstörungen bzw. Persönlichkeits- und Denkstörungen) zu einer niedrigen Einstufung der psychosozialen Leistungsfähigkeit der Patienten. Mit ihrer durchschnittlichen Aufnahme-

bewertung sind die Patienten dieser vier Diagnosegruppen alle in eine PSB-Stufe eingeordnet, die durch die Definition "schwere Beeinträchtigung auf verschiedenen Gebieten, so vor allem was die Arbeit, die familiären Beziehungen, das Urteilsvermögen, das Denken oder die Stimmung angeht" gekennzeichnet ist. Nicht ganz so schwer ist das Krankheitsbild der paranoiden Syndrome. Der durchschnittliche PSB-Wert bei der Aufnahme errechnet sich zu 43 Punkten und liegt damit nur wenig unter dem Durchschnittswert des gesamten Patientengutes, der 45 Punkte beträgt.

#### 4.1.4.2. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Entlassung

Bemerkenswert sind die relativ hohen Entlassungs-PSB-Bewertungen der Patienten mit schizoaffectiver Psychose, mit paranoiden Syndromen und mit akuten organischen Psychosen, welche jeweils über dem durchschnittlichen Entlassungs-PSB-Wert aller Patienten liegen. Die Patienten mit schizoaffectiver Psychose nehmen mit 77 Punkten die Spitze ein, vor den Patienten mit paranoiden Syndromen mit 73 und den Patienten mit akuten organischen Psychosen mit 72. Die durchschnittliche Entlassungs-PSB-Bewertung des gesamten Patientengutes liegt bei 71. Entsprechend dieser relativ hohen Bewertungen der psychosozialen Beeinträchtigung liegen die Patienten mit den drei genannten Diagnosen bei der Entlassung in einer PSB-Stufe, in der nur noch "sehr leichte Symptome und nur eine geringe Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit" bestehen dürfen.

Die Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) kommen dagegen mit ihrer durchschnittlichen Entlassungs-PSB-Bewertung von 64 Punkten nur knapp über jene Schwelle von 60 Punkten hinaus, innerhalb der eine weitere Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erforderlich wäre.

An letzter Stelle in der Reihenfolge mit abnehmendem durch-

schnittlichen PSB-Wert bei der Entlassung stehen mit deutlichem Abstand die Patienten mit chronischen organischen Psychosen. Sie erhielten durchschnittlich 51 Punkte und befinden sich damit auf der PSB-Skala genau an der Grenze zwischen "eingeschränkter Leistungsfähigkeit" und "ernsthaften Leistungseinbußen" mit der Notwendigkeit einer weiteren Behandlung.

#### 4.1.4.3. Differenz aus durchschnittlicher psychosozialer Beeinträchtigung bei der Entlassung und bei der Aufnahme

Die Differenz aus durchschnittlicher Entlassungs- und Aufnahme-PSB-Bewertung kann als klinischer Maßstab für den Besserungsgrad der Krankheitsbilder während der Behandlung aufgefaßt werden. Überraschend dabei ist, daß die Patienten mit schizoaffectiver Psychose, mit akuten organischen Psychosen und mit paranoiden Syndromen einen weit größeren Besserungsgrad erreichen, als der Durchschnitt aller Patienten. Die schizoaffective Psychose steht mit 38 Punkten Besserung an der Spitze, vor den akuten organischen Psychosen mit 34 und den paranoiden Syndromen mit 30. Der durchschnittliche Besserungsgrad aller Patienten beträgt nur 26 PSB-Punkte.

In Reihenfolge abnehmender Besserung des Krankheitsbildes während des Klinikaufenthaltes folgen die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) mit 24 und die chronischen organischen Psychosen mit nur 13 Differenzpunkten zwischen durchschnittlicher Entlassungs- und Aufnahme-PSB-Bewertung. Diese beiden Diagnosegruppen liegen damit weit unter dem durchschnittlichen Besserungsgrad der übrigen untersuchten Diagnosegruppen und des gesamten Patientengutes. Der Besserungsgrad des klinischen Bildes der chronischen organischen Psychosen beträgt z.B. nur die Hälfte des Besserungsgrades aller Patienten und nur ein Drittel des Besserungsgrades der

## schizoaffektiven Psychose.

Durch den Vergleich der Aufnahme-PSB-Bewertung und der Entlassungs-PSB-Bewertung der einzelnen Diagnosegruppen erhält man somit einen guten Indikator für die Schwere der einzelnen Krankheitsbilder und deren Besserung während des Klinikaufenthaltes der Patienten.

### 4.1.5. Psychopathologische Symptomatik

Die psychopathologische Symptomatik ist das auffallendste und zuerst erkennbare Merkmal einer jeden psychischen Krankheit. Neben der Ursache und dem Verlauf ist sie das wichtigste Kriterium für die Klassifikation psychischer Krankheiten.

Die psychopathologische Symptomatik der in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen soll im folgenden anhand einer Gegenüberstellung der einzelnen Diagnosegruppen innerhalb der im AMDP aufgeführten Symptomkomplexe "Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Störungen der Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen, Circadiane Besonderheiten und Andere Störungen" verglichen werden. Dabei soll vor allem auch die Häufigkeit der einzelnen Symptome beim Querschnitt des gesamten Patientengutes berücksichtigt werden, um beurteilen zu können, ob das jeweilige Symptom bei allen psychischen Krankheiten häufig vorkommt, oder ob es nur bei einer bestimmten Diagnosegruppe häufig ist und damit einen Teil eines charakteristischen Symptomprofils darstellt.

#### Bewußtseinsstörungen

Bewußtseinsstörungen, im Durchschnitt aller Patienten sehr selten, kommen nur bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen etwas häufiger vor. Bewußtseinseingengung (13.7 %),

Bewußtseinstörung (12.3 %), und Bewußtseinsverminderung (6.9 %) sind das Kennzeichen der akuten organischen Psychose. Lediglich die Bewußtseinseinengung bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen (9.5 %) und die Bewußtseinsverminderung und Bewußtseinstörung bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose (4.4 bzw. 3.7 %) kommen noch überdurchschnittlich häufig vor. In allen anderen untersuchten Diagnosegruppen sind die Störungen des Bewußtseins sehr selten und kommen nur bei weniger als 4 % der Patienten vor.

### Orientierungsstörungen

Die Orientierungsstörungen sind das Kennzeichen sowohl der chronischen, als auch der akuten organischen Psychosen. Mit 40.5 % zeitlicher, 35.7 % örtlicher, 33.3 % situativer Desorientierung und 14.3 % Orientierungsstörung über die eigene Person liegen die Patienten mit chronischen organischen Psychosen in allen Unterformen der Orientierungsstörungen im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen an der Spitze. An zweiter Stelle stehen die Patienten mit akuten organischen Psychosen und mit großem Abstand folgt die schizoaffective Psychose, bei der ebenfalls noch überdurchschnittlich häufig Störungen der Orientierung auftreten. Bei den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) kommen sie etwa so häufig wie beim Durchschnitt des gesamten Patientengutes vor, d.h. zeitliche Orientierungsstörungen bei 9.0 % der Patienten, örtliche und situative bei 6.4 % und über die eigene Person bei 1.8 %. Paranoide Syndrome weisen sehr selten Störungen der Orientierung auf.

### Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen beim gesamten Patientengut und allen untersuchten Diagnosegruppen sehr häufig vor. Von den verschiedenen Formen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen ist bei allen untersuchten Diagnose-

gruppen, mit Ausnahme der chronischen organischen Psychose, die Konzentrationsstörung die häufigste. Sie kommt bei 50.7 bis 69.1 % der Patienten vor. Bei den chronischen organischen Psychosen sind die Merkfähigkeitsstörungen bei 73.8 % der Patienten manifestiert, Konzentrationsstörungen bei 69.1 %, Gedächtnisstörungen bei 66.7 %, Auffassungsstörungen bei 47.6 % und Konfabulationen bei 21.4 %. In keiner anderen Diagnosegruppe sind diese, für die chronischen organischen Psychosen typischen Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, so häufig. An zweiter Stelle stehen wiederum die akuten organischen Psychosen, während die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose), die schizoaffective Psychose und die paranoiden Syndrome im Mittel des gesamten Patientengutes liegen.

Eine Ausnahme in der Häufigkeitsreihenfolge bilden die insgesamt sehr selten vorkommenden Paramnesien. Sie kommen bei 5.9 % der paranoiden Syndrome und bei 3.3 % der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) vor. Bei den übrigen Diagnosegruppen und dem gesamten Patientengut kommen sie bei weniger als 2 % der Patienten vor.

#### Formale Denkstörungen

Umständliches (47.6 %), verlangsamtes (42.9 %) und perseverierendes Denken (38.1 %) treten am häufigsten bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen auf. Alle anderen formalen Denkstörungen der Patienten mit chronischen organischen Psychosen kommen durchschnittlich häufig vor. Bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen ist keine charakteristische Häufigkeitsverteilung der formalen Denkstörungen erkennbar.

Gesperstes Denken (22.3 %), gehemmttes Denken (19.5 %), Gedankendrängen (13.7 %) und Neologismen (7.8 %) sind am häufigsten bei den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose). Neben diesen Symptomen sind für die schizophrenen

Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) noch charakteristisch: eingeengtes Denken (42.6 %), umständliches Denken (33.2 %), Inkohärenz (36.2 %), Vorbeireden (29.3 %) und ideenflüchtig (12.0 %). Die letzten drei genannten Symptome sind nur noch bei der schizoaffectiven Psychose häufiger: Inkohärenz (42.2 %), Vorbeireden (34.1 %) und ideenflüchtig (28.2 %) kommen in dieser Diagnosegruppe am häufigsten vor. Daneben kommen noch Gedankendrängen (11.9 %) und Neologismen (4.4 %) überdurchschnittlich häufig vor. Beim direkten Vergleich der Häufigkeit der formalen Denkstörungen bei der schizoaffectiven Psychose und den übrigen schizophrenen Psychosen überwiegt die schizoaffective Psychose nur bei den Symptomen Inkohärenz, Vorbeireden und ideenflüchtig, während alle übrigen formalen Denkstörungen, besonders gehemmtes, umständliches, eingeengtes und perseverierendes Denken, Grübeln, gesperrtes Denken und Neologismen, bei den übrigen schizophrenen Psychosen häufiger vorkommen.

Eingeengtes Denken (47.1 %) und Grübeln (38.2 %) kommen am häufigsten bei den paranoiden Syndromen vor. Zusätzlich treten noch perseverierendes und umständliches Denken relativ häufig auf. Alle anderen formalen Denkstörungen sind in dieser Diagnosegruppe sehr selten.

#### Befürchtungen und Zwänge

Bis auf das Mißtrauen, das bei den paranoiden Syndromen mit 45.1 % der Patienten am häufigsten vorkommt, sind die Symptome der Befürchtungen und Zwänge bei allen Diagnosegruppen sehr selten. Bei den akuten organischen Psychosen, den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) und der schizoaffectiven Psychose äußert sich das Mißtrauen bei ca. einem Drittel der Patienten. Eine Ausnahme bilden die Patienten mit chronischen organischen Psychosen, von denen nur 16.7 % mißtrauisch sind. Die nicht wahnhaftes Hypochondrie (11.9 %) und Phobien (7.1 %) sind dagegen in dieser Diagnose-

gruppe am häufigsten. Zwangsdenken (7.8 %), Zwangsimpulse (3.9 %) und Zwangshandlungen (3.9 %) sind dagegen wiederum bei den Patienten mit paranoiden Syndromen am häufigsten.

### Wahn

Die verschiedenen Wahnsymptome sind ein charakteristischer Bestandteil der Symptomatologie der paranoiden Syndrome, der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose), der schizoaffectiven Psychose und der akuten organischen Psychosen (Reihenfolge in abnehmender Häufigkeit der Symptome).

Am häufigsten manifestiert sich der Wahn bei den Patienten mit paranoiden Syndromen, wo der Verfolgungswahn (56.9 %), die Wahnstimmung (45.1 %), Wahngedanken (39.2 %), der Beziehungswahn (39.2 %), die Wahndynamik (35.9 %), die Wahnwahrnehmung (31.4 %), der systematisierte Wahn (23.5 %) und andere Wahninhalte (13.7 %) im Vergleich mit der Häufigkeit bei den übrigen untersuchten Diagnosegruppen an der Spitze stehen. Schizophrene Formen des Wahns, d.h. bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) sehr häufig vorkommende inhaltliche Denkstörungen, sind: Verfolgungswahn (40.7 %), Wahnstimmung (40.7 %), Beziehungswahn (35.9 %), Wahngedanken (34.3 %), Wahndynamik (27.0 %), systematisierter Wahn (20.3 %) und Größenwahn (8.7 %). Bei den Patienten mit schizoaffectiver Psychose ist der Verfolgungswahn (25.2 %) im Vergleich zu den Patienten mit den übrigen schizophrenen Psychosen selten, während der Schuldwahn (11.1 %) und der Größenwahn (13.3 %) vergleichsweise sehr häufig vorkommen. Bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen sind nur der Verfolgungswahn (35.6 %), die Wahn-Stimmung (28.7 %) und die Wahn-Dynamik (21.9 %) wichtige Kennzeichen der Symptomatik; alle anderen Wahnsymptome treten nur leicht überdurchschnittlich häufig auf.

Im deutlichen Gegensatz zu den genannten Diagnosegruppen stehen die chronischen organischen Psychosen. Bei ihnen manife-

stiert sich der Wahn nur sehr selten. Die Häufigkeit der verschiedenen Wahnsymptome liegt bei unter 7.1 % der Patienten und damit weit unter dem Durchschnitt des gesamten Patientengutes. Dieser deutliche Gegensatz zu den übrigen untersuchten Diagnosegruppen ist ein Teil des typischen Symptomprofils der chronischen organischen Psychosen.

### Sinnestäuschungen

Sinnestäuschungen kommen bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen, mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) und mit paranoiden Syndromen (Reihenfolge in abnehmender Häufigkeit) relativ oft vor; bei den Patienten mit schizoaffektiver Psychose kommen sie - bis auf ein relativ häufiges Stimmenhören bei 18.5 % der Patienten - etwa so oft vor wie beim gesamten Patientengut, bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen sind Sinnestäuschungen sehr selten.

Optische Halluzinationen (35.6 %), Stimmenhören (34.3 %), andere akustische Halluzinationen (12.3 %) und Illusionen (9.6 %) kommen bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen im Vergleich zu allen anderen Diagnosegruppen mit Abstand am häufigsten vor. Körperhalluzinationen manifestieren sich bei 11.1 % der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose), Geruchs- und Geschmackshalluzinationen bei 11.7 % der Patienten mit paranoiden Syndromen. Bei beiden Diagnosegruppen kommen diese Sinnestäuschungen im Vergleich zu den übrigen untersuchten Diagnosegruppen am häufigsten vor. Neben den Körperhalluzinationen sind bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) noch Stimmenhören (27.0 %), optische Halluzinationen (8.4 %), Geruchs- und Geschmackshalluzinationen (7.8 %), andere akustische Halluzinationen (6.7 %) und Illusionen (4.7 %) jeweils mehr als doppelt so häufig wie beim gesamten Patientengut. Bei den paranoiden Syndromen sind

ebenfalls Stimmenhören (19.6 %) und andere akustische Halluzinationen (9.8 %) überdurchschnittlich häufig.

### Ich-Störungen

Ich-Störungen sind bei allen Diagnosegruppen im Vergleich zu den anderen Symptomen sehr selten. Sie kommen bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen und schizoaffektiver Psychose überdurchschnittlich häufig vor, während sie bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen und mit paranoiden Syndromen durchschnittlich häufig und bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen sehr selten sind.

Am häufigsten kommen die Ich-Störungen charakteristischerweise mit großem Abstand bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) vor: Gedankenausbreitung (14.8 %), Gedankeneingebung (14.5 %), andere Fremdbeeinflussungserlebnisse (14.5 %), Depersonalisation (13.1 %), Derealisation (12.3 %) und Gedankenentzug (8.1 %). Bei den Patienten mit schizoaffektiver Psychose sind andere Fremdbeeinflussungserlebnisse (13.3 %) und Gedankeneingebung (11.1 %) in der Reihenfolge vor anderen selteneren Ich-Störungen. Bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen und mit paranoiden Syndromen sind andere Fremdbeeinflussungserlebnisse bei 11.0 % bzw. 11.8 % der Patienten vertreten und damit überdurchschnittlich häufig, während die übrigen Symptome der Ich-Störungen bei weniger als 10 % vorkommen.

### Störungen der Affektivität

Die Störungen der Affektivität sind bei allen einzelnen Diagnosegruppen und beim gesamten Patientengut sehr häufige Symptome. Bemerkenswert ist vor allem, daß bei jeder in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppe einige affektive Störungen überdurchschnittlich häufig, andere relativ selten vorkommen. Unter den fünf untersuchten Diagnosegruppen ist

also keine, die sich durch eine besonders hohe oder eine besonders niedrige Häufigkeit der affektiven Symptome von den anderen unterscheiden würde.

Trotzdem läßt sich eine gewisse spezifische Verteilung der Symptome feststellen. Bei der schizoaffectiven Psychose sind die Symptome innerlich unruhig (51.9 %), ratlos (48.2 %), gereizt (31.9 %), ambivalent (31.9 %), euphorisch (23.0 %), Schuldgefühle (20.0 %) und gesteigerte Selbstwertgefühle (9.6 %) gegenüber den anderen Diagnosegruppen am häufigsten. Bei den übrigen schizophrenen Psychosen sind dagegen die Symptome affektarm (34.5 %), dysphorisch (28.4 %), affektstarr (27.6 %) und Parathymie (25.1 %) am häufigsten. Ebenfalls überdurchschnittlich häufig sind die Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) ambivalent (29.3 %) und euphorisch (15.0 %). Zusammenfassend stellen wir fest, daß bei den schizoaffectiven Psychosen die Störungen der Affektivität etwas häufiger vorkommen als bei den übrigen schizophrenen Psychosen. Bei den chronischen organischen Psychosen sind die Symptome deprimiert (54.8 %), Störung der Vitalgefühle (35.7 %), hoffnungslos (28.6 %), affektlabil (28.6 %), Insuffizienzgefühle (26.2 %), klagsam/jammerig (21.4 %), Gefühl der Gefühllosigkeit (9.5 %), und affektinkontinent (9.5 %) gegenüber den anderen Diagnosegruppen am häufigsten. Bei den paranoiden Syndromen sind nur die Symptome deprimiert (54.9 %) und Verarmungsgefühle (3.9 %), bei den akuten organischen Psychosen nur das Symptom ängstlich (61.6 %) am häufigsten.

Da die Störungen der Affektivität bis auf wenige Ausnahmen bei allen Diagnosegruppen bei mehr als 10 % der Patienten regelmäßig angetroffen werden, leistet das Vorkommen einzelner affektiver Symptome keinerlei Beitrag zur Differenzierung der Diagnosegruppen. Auch die Zusammenfassung mehrerer häufiger affektiver Symptome zu einem spezifischen Verteilungsmuster, wie es oben versucht wurde, leistet aufgrund der Vielfalt der

affektiven Störungen nur einen geringen Beitrag zur Abgrenzung einzelner Diagnosen.

### Antriebs- und psychomotorische Störungen

Die Patienten mit akuten organischen Psychosen sind am häufigsten motorisch unruhig (52,1 %) und theatralisch (9,6 %). Alle anderen psychomotorischen Störungen sind bei ihnen durchschnittlich häufig vertreten. Antriebsarmut (47,6 %) kommt am häufigsten bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen vor, bei denen ebenfalls alle anderen Symptome - bis auf drei Ausnahmen (Parakinesen, maniert/bizar, theatralisch), die überhaupt nicht vorkommen - durchschnittlich oft auftreten. Bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) kommen die Symptome maniert/bizar (20,1 %), Parakinesen (11,1 %) und mutistisch (9,8 %) am häufigsten vor. Da diese Störungen bei allen anderen untersuchten Diagnosegruppen deutlich seltener vorkommen, können sie als charakteristische Symptome der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) bezeichnet werden. Die Patienten mit schizoaffektiver Psychose sind am häufigsten antriebsgesteigert (42,2 %), antriebsgehemmt (19,3 %), und logorrhöisch (14,1 %). Alle nicht aufgeführten Antriebs- und psychomotorischen Störungen der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) und der schizoaffektiven Psychose sind ebenfalls überdurchschnittlich häufig. Bei den Patienten mit paranoiden Syndromen sind nur die Symptome logorrhöisch (13,7 %) und mutistisch (7,8 %) relativ häufig, während alle anderen Symptome aus diesem Bereich seltener sind.

### Circadiane Besonderheiten

Tägliche Verlaufsbesonderheiten kommen nur bei den Patienten mit akuten und chronischen organischen Psychosen etwa so häufig vor wie beim gesamten Patientengut. Allerdings fühlen

sich vom gesamten Patientengut mehr Patienten morgens (14.1 %) als abends (3.3 %) in ihrem Befinden schlechter, während sich von den Patienten mit akuten und chronischen organischen Psychosen mehr Patienten abends (11.0 bzw. 11.9 %) schlechter fühlen als morgens (4.1 bzw. 4.8 %). Die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose), die schizoaffektive Psychose und die paranoiden Syndrome zeigen sehr selten circadiane Verlaufsbesonderheiten.

### Andere Störungen

Bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen sind überdurchschnittlich häufig Aggressivität (19.2 %), Selbstbeschädigung (13.7 %), Mangel an Krankheitsgefühl (34.3 %) und Pflegebedürftigkeit (39.7 %) vertreten. Die Patienten mit chronischen organischen Psychosen zeichnen sich dagegen nur durch ein sehr häufiges Vorkommen an sozialem Rückzug (40.5 %) und Pflegebedürftigkeit (33.3 %) aus. Sozialer Rückzug (45.4 %), Aggressivität (19.8 %), Selbstbeschädigung (15.0 %), Mangel an Krankheitsgefühl (36.0 %), Mangel an Krankheitseinsicht (40.1 %) und Ablehnung der Behandlung (17.6 %) kommen am häufigsten von allen Diagnosegruppen bei den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) vor. Im Unterschied dazu sind bei der schizoaffektiven Psychose die soziale Umtriebigkeit (20.8 %) und die Pflegebedürftigkeit (27.4 %) häufiger. Die Patienten mit paranoiden Syndromen leiden sehr selten an sozialer Umtriebigkeit (2.0 %), Suizidalität (9.8 %) und Selbstbeschädigung (5.9 %). Die übrigen Symptome dieses AMDP-Komplexes kommen durchschnittlich häufig vor. Bemerkenswert ist, daß bei allen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen die Suizidalität seltener auftritt als beim Durchschnitt des gesamten Patientengutes (18.8 %). Mit 9.8 % (paranoide Syndrome) bis 14.3 % (Chronische organische Psychosen) Häufigkeit sind alle Diagnosegruppen etwa gleich stark betroffen.

Zusammenfassend können wir feststellen, daß, obwohl es in der langen Reihe der einzelnen Symptome der psychopathologischen Symptomatik kein einziges Symptom gibt, das nur bei einer Diagnosegruppe vorkommt und damit andere Diagnosegruppen bei der Differenzierung ausschließt, sich beim Vergleich der Häufigkeit der Symptome doch einige wesentliche Unterschiede herausstellen lassen, die dazu beitragen die Klassifikation psychischer Krankheiten zu begründen und Diagnosen anhand ihrer psychopathologischen Symptomatik abzugrenzen. Im folgenden sollen noch einmal die auffälligsten Verteilungsunterschiede der Symptome bei den einzelnen Diagnosegruppen umrissen werden.

Bei den akuten organischen Psychosen sind folgende Symptome überdurchschnittlich häufig: Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen, Wahn und Sinnestäuschungen. Selten sind dagegen: Befürchtungen und Zwänge.

Bei den chronischen organischen Psychosen sind überdurchschnittlich häufig: Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und formale Denkstörungen. Selten sind: Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen.

Bei den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) sind sehr häufig vertreten: formale Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen; außerdem: sozialer Rückzug, Selbstbeschädigung, Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht und Ablehnung der Behandlung. Selten sind nur die circadianen Besonderheiten.

Bei der schizoaffektiven Psychose sind überdurchschnittlich häufig: formale Denkstörungen, Wahn, Ich-Störungen und Antriebs- und psychomotorische Störungen. Selten sind ebenfalls die circadiane Besonderheiten.

Bei den paranoiden Syndromen sind relativ häufig: Befürchtun-

gen und Zwänge, Wahn und Sinnestäuschungen. Selten sind dagegen: Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen und circadiane Besonderheiten.

Alle bei den einzelnen Diagnosegruppen nicht aufgeführten Symptome kommen durchschnittlich häufig vor und sind deshalb eher als ein gemeinsames Merkmal aller psychischen Krankheiten aufzufassen, als zur Abgrenzung eines typischen Symptomprofils und Charakterisierung einer Diagnose geeignet.

#### 4.2. Vergleich unserer Ergebnisse mit Untersuchungen aus dem Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Die beiden Dissertationen von H. Engelhardt (1984) und H. Ditz (1984) mit den Themen "Psychopathologische Symptomatik, demographische Merkmale und Klinikaufenthaltsdauer von Patienten mit nicht organischen Psychosen" bzw. "Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien" stellen die Untersuchungsergebnisse von insgesamt 1747 im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten dar. Beide Arbeiten verwendeten die achte Revision der ICD als Grundlage für die Einteilung der ICD-Kategorien in Diagnosegruppen; unserer Arbeit über Untersuchungen aus dem Jahre 1980 liegt die neunte Revision der ICD zugrunde. Im folgenden soll deshalb geprüft werden, ob sich zwischen den Ergebnissen aus dem Jahre 1978 und dem Jahre 1980 aufgrund der neuen Revision der ICD wesentliche Unterschiede ergeben.

Da in den Untersuchungen aus dem Jahre 1978 die bisherige Anzahl aller Klinikaufenthalte und die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten nicht berücksichtigt werden, können nur die Häufigkeit der Diagnosegruppen, die Geschlechtsrelationen, das Alter der Patienten, die Aufenthaltsdauer und die psychopathologische Symptomatik verglichen werden. Allerdings muß man berücksichtigen, daß im Untersuchungszeitraum 1978 die zweite Auflage des AMP verwendet wurde, während in unserer Arbeit dagegen die dritte Auflage des AMPD verwendet wird und die Symptome deshalb teilweise verschieden erklärt sind.

#### 4.2.1. Akute organische Psychosen

H. Ditz (1984) faßt in seiner Untersuchung des Jahres 1978 folgende Kategorien des ICD-8 zur Diagnosegruppe akute organische Psychosen zusammen: 291.0 (Delirium tremens), 291.2 (Alkohol-Halluzinose), 291.3 (Alkoholischer Eifersuchtswahn), 291.9 (Andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen), 292 (Psychosen bei intrakraniellen Infektionen), 293.2. (Psychose bei Epilepsie), 293.3 (Psychosen bei intrakraniellen Tumoren), 293.5 (Psychosen bei Hirntraumen), 293.9 (Psychosen bei anderen nicht näher bezeichneten cerebralen Störungen) und 294 (Psychosen bei anderen körperlichen Störungen). Die in unserer Arbeit zur Diagnosegruppe akute organische Psychosen zusammengefaßten Kategorien der ICD-9 siehe unter 2.2.

Im Bezug auf die Häufigkeit stellen wir fest, daß im Untersuchungszeitraum 1978 mit 85 Patienten, das sind 4.9 % aller aufgenommenen Patienten, etwas mehr Patienten der Diagnosegruppe akute organische Psychosen zugeordnet wurden als im Jahre 1980 mit 73 Patienten (4.6 %). Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 1.4 : 1 Männer zu Frauen und im Jahre 1980 1.6 : 1. Die Männer überwiegen also 1980 etwas stärker als 1978. Das Durchschnittsalter der Patienten mit akuten organischen Psychosen liegt im Jahre 1978 mit 39.9 Jahren etwas niedriger als 1980 mit 42 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer schließlich beträgt im Jahre 1978 29.4 Tage und ist damit um 3.6 Tage kürzer als 1980 mit 33 Tagen.

Beim Vergleich der psychopathologischen Symptomatik stoßen wir zunächst auf verschiedene Terminologien. Während im AMDP-Bogen des Jahres 1978 die Bewußtseinsstörungen eingeteilt werden in: Bewußtseinsstörungen, delirant, undämmert und andere Bewußtseinsstörungen, erfolgte 1980 eine genauere Trennung in: Bewußtseins-Verminderung, Bewußtseins-Trübung, Bewußtseins-Einengung und Bewußtseins-Verschiebung. Trotzdem kann man feststellen, daß in beiden untersuchten Jahrgängen die Symptome etwa gleich häufig auftreten. Die Häufigkeit der

Orientierungsstörungen stimmt ebenfalls nahezu exakt überein. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind bei den Patienten von 1978 etwas häufiger vertreten: Auffassungsstörungen kommen bei 10.3 % mehr Patienten vor als 1980, Merkfähigkeitsstörungen bei 8.2 % und Gedächtnisstörungen bei 6.4 %. Angesichts der hohen Prozentzahlen der Häufigkeit dieser Symptome von 35-65 % im Jahre 1980 bzw. 42-68 % im Jahre 1978 sind die Unterschiede allerdings nicht bedeutend. Von den formalen Denkstörungen kommen bei den 1978 aufgenommenen Patienten die Symptome perseverierend, ideenflüchtig und Vorbeireden mit 22 %, 17 % und 22 % nahezu doppelt so häufig vor als bei den Patienten von 1980 mit 12.3 %, 9.6 % und 12.3 %. Die übrigen Symptome der formalen Denkstörungen sind gleich häufig. Soweit die Befürchtungen und Zwänge (1980) mit den überwertigen Ideen, Zwängen, Phobien (1978) vergleichbar sind, stellen wir keine deutlichen Häufigkeitsunterschiede fest. Mehrere Wahnsymptome kommen bei den Patienten des Jahres 1980 etwas häufiger vor: Wahnstimmung bei 28.7 % gegenüber 21 % im Jahre 1978, Wahneinfall/-gedanken bei 30.2 % gegenüber 22 %, Wahndynamik bei 21.9 % gegenüber 16 %, systematisierter Wahn bei 11 % gegenüber 5 % und Beeinträchtigungs-, Verfolgungswahn bei 35.6 % gegenüber 27 %. Bei den Sinnestäuschungen ist der Unterschied deutlicher: bei 9.6 % der Patienten des Jahres 1980 treten Illusionen, bei 34.3 % Stimmenhören, bei 12.3 % andere akustische Halluzinationen und bei 35.6 % optische Halluzinationen auf. Die entsprechende Häufigkeitsverteilung im Jahre 1978 ist: Illusionen 5 %, Stimmenhören 20 %, andere akustische Halluzinationen 7 % und optische Halluzinationen 22 %. Die Ich-Störungen kommen in beiden Untersuchungszeiträumen gleich häufig vor. Von den vielzähligen affektiven Symptomen bestehen nur bei dreien größere Unterschiede: im Jahre 1978 sind 8 % der Patienten affektarm, 51 % ängstlich und 18 % euphorisch; im Jahre 1980 sind 17.8 % der Patienten affektarm, 61.6 % ängstlich und 9.6 % euphorisch. Alle anderen Störungen der Affektivität sind annähernd

gleich häufig. Die Häufigkeit der Antriebs- und psychomotorischen Störungen unterliegt in den beiden Jahrgängen deutlichen Schwankungen. Während 1978 mehr Patienten antriebsgemut (1978: 15 % / 1980: 4.1 %), antriebsgesteigert (1978: 21 % / 1980: 15.1 %) und logorrhöisch (1978: 11 % / 1980: 4.1 %) sind und Parakinesen haben (1978: 11 % / 1980: 4.1 %), sind im Jahre 1980 wesentlich mehr Patienten motorisch unruhig (1978: 36 % / 1980: 52.1 %). Soweit noch andere Symptome vergleichbar sind, treten folgende im Jahre 1978 häufiger auf: sozialer Rückzug (1978: 36 % / 1980: 19.2 %), Mangel an Krankheitseinsicht (1978: 42 % / 1980: 28.7 %) und Ablehnung der Behandlung (1978: 22 % / 1980: 9.6 %).

Zusammenfassend stellen wir fest, daß die Untersuchungen über die Patienten mit akuten organischen Psychosen des Jahres 1978 und 1980 im Bezug auf die Häufigkeit der Diagnose, die Geschlechtsrelation, das Alter der Patienten und die Aufenthaltsdauer annähernd die gleichen Ergebnisse erzielen. Dies gilt auch für die psychopathologische Symptomatik bis auf wenige Ausnahmen. So sind 1978 einige Symptome der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und der formalen Denkstörungen häufiger, während 1980 mehrere Wahnsymptome und Sinnestäuschungen häufiger vertreten sind.

#### 4.2.2. Chronische organische Psychosen

Ebenfalls in der Arbeit von H. Ditz (1984) werden die chronischen organischen Psychosen der im Jahre 1978 in die Psychiatrische Klinik der Universität München aufgenommenen Patienten untersucht. Darin beinhaltet die Diagnosegruppe chronische organische Psychosen folgende Kategorien der ICD-8: 290 (Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnkrankheiten), 291.1 (Alkoholisches Korsakow-Syndrom), 293.0 (Psychose bei Hirnarteriosklerose), 293.1 (Psychose bei anderen cerebralen Durchblutungsstörungen) und 293.4 (Psychosen bei degenerativen Er-

krankungen des ZNS). Die in unserer Arbeit zur Diagnosegruppe chronische organische Psychosen zusammengefaßten Kategorien der ICD-9 siehe unter 2.2.

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 39 von 1747 Patienten; das sind 2.2 %, die Diagnose chronische organische Psychose gestellt. Im Jahre 1980 waren es 42 von insgesamt 1601 Patienten, das sind 2.6 %. Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 1 : 1.4 Männer zu Frauen, im Jahre 1980 1 : 1.8. Die Frauen überwiegen also 1980 etwas stärker als 1978. Das Durchschnittsalter der Patienten mit chronischen organischen Psychosen ist im Jahre 1978 mit 62.3 Jahren um 4.3 Jahre höher als im Untersuchungszeitraum 1980 mit 58 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 1978 nur 39.9 Tage, 1980 dagegen 50 Tage. Die Patienten des Untersuchungszeitraumes 1980 sind also im Durchschnitt 10.1 Tage länger stationär in der Psychiatrischen Universitätsklinik München.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der Patienten der beiden Untersuchungszeiträume ergibt mehrere Unterschiede. Bewußtseinsstörungen treten bei den Patienten des Jahres 1978 relativ häufig auf: Bewußtseinsstrübung bei 13 % und delirant bei 18 %. Im Jahre 1980 dagegen sind Bewußtseinsstörungen sehr selten: Bewußtseinsverminderung bei 2.4 %; Bewußtseinsstrübung bei 2.4 %; Bewußtseinseinsengung bei 9.5 % und Bewußtseinsverschiebung bei 2.4 %. Zeitliche Orientierungsstörungen kommen im Untersuchungszeitraum 1978 bei 56 % der Patienten und damit um 15.5 % häufiger vor als im Jahre 1980. Die anderen Formen der Orientierungsstörungen sind gleich oft vertreten. Von den Symptomen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen im Jahre 1978 die Konzentrationsstörungen bei 82 % vor, gegenüber bei 65.8 % der Patienten im Jahre 1980. Die anderen Symptome aus dieser Gruppe kommen gleich häufig vor. Von den Symptomen der formalen Denkstörungen ist das verlangsamte Denken 1978 häufiger (1978: 56 %; 1980: 42.9 %), während 1980 das perseverierende

Denken häufiger vertreten ist (1978: 28 %; 1980: 38.1 %). Die übrigen Symptome dieser Gruppe sind wiederum gleich häufig. Von den Befürchtungen und Zwängen zeigt sich nur bei der nicht wahnhaften Hypochondrie ein deutlicher Häufigkeitsunterschied: sie kommt 1978 bei 21 % der Patienten vor, 1980 nur bei 11.9 %. Mehrere Wahnsymptome kommen im Untersuchungszeitraum 1978 wesentlich häufiger vor als im Jahre 1980. So tritt im Jahre 1978 die Wahnstimmung bei 23 % der Patienten auf (1980: 7.1 %), die Wahrnehmung bei 18 % (1980: 4.8 %), der systematisierte Wahn bei 15 % (1980: 2.4 %), der Beziehungswahn bei 13 % (1980: 4.8 %), der Beeinträchtigungsverfolgungswahn bei 10 % (1980: 4.8 %) und der Schuldwahn bei 8 % (1980: 0 %). Eine Ausnahme bildet der hypochondrische Wahn, der 1980 bei 7.1 % der Patienten vorkommt (1978: 0 %). Bei den Symptomen der Sinnestäuschungen ist der Häufigkeitsunterschied ebenfalls groß: Illusionen - 1978: 5 % / 1980: 0 %; Stimmenhören - 1978: 15 % / 1980: 4.8 %; optische Halluzinationen - 1978: 13 % / 1980: 2.4 % und Körperhalluzinationen - 1978: 8 % / 1980: 2.4 %. Ich-Störungen dagegen sind in beiden Untersuchungszeiträumen sehr selten vertreten. Von den verschiedenen Störungen der Affektivität sind im Untersuchungsjahr 1980 nahezu die Hälfte der Symptome deutlich häufiger vertreten als im Jahre 1978, während die übrigen Symptome gleich häufig sind. Folgende affektive Symptome sind 1980 häufiger: ratlos (1978: 23 % / 1980: 40.5 %), Gefühl der Gefühllosigkeit (1978: 0 % / 1980: 9.5 %), affektarm (1978: 10 % / 1980: 19.1 %), Störung der Vitalgefühle (1978: 15 % / 1980: 35.7 %), deprimiert (1978: 41 % / 1980: 54.8 %), hoffnungslos (1978: 23 % / 1980: 28.6 %), euphorisch (1978: 5 % / 1980: 9.5 %), Insuffizienzgefühle (1978: 15 % / 1980: 26.2 %) und affektlabil (1978: 21 % / 1980: 28.6 %). Die Häufigkeit der Antriebs- und psychomotorischen Störungen stimmen dagegen in beiden Untersuchungszeiträumen exakt überein. Soweit die übrigen auf dem AMDP-Bogen noch aufgeführten psychischen Symptome vergleichbar sind, ergibt sich nur noch bei dem

Symptom sozialer Rückzug ein deutlicher Unterschied. Von den 1978 aufgenommenen Patienten ist bei 56 % der Kontakt vermindert, von den 1980 aufgenommenen Patienten besteht nur bei 40,5 % ein sozialer Rückzug.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß im Bezug auf die Häufigkeit und Geschlechtsrelation der chronischen organischen Psychosen der Untersuchungszeiträume 1978 und 1980 sich keine deutlichen Unterschiede ergeben. Anders verhält es sich beim Durchschnittsalter der Patienten und bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer: die Patienten des Jahres 1978 sind durchschnittlich um 4,3 Jahre älter und die Patienten des Jahres 1980 haben im Durchschnitt eine um 10,1 Tage längere Aufenthaltsdauer. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik weisen die beiden verglichenen Untersuchungszeiträume relativ große Unterschiede auf. Bewußtseinsstörungen, Wahn und Sinnestäuschungen kommen bei den chronischen organischen Psychosen des Jahres 1978 häufiger vor. Im Untersuchungszeitraum 1980 dagegen sind die Störungen der Affektivität ein deutlich bedeutenderer Teil der psychopathologischen Symptomatik als bei den Patienten des Jahres 1978.

#### 4.2.3. Schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose)

II. Engelhardt (1984) unterteilt die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) des Untersuchungszeitraumes 1978 in insgesamt fünf Diagnosegruppen mit folgenden Kategorien der ICD-8: 295.1 (Hebephrene Schizophrenie), 295.2 (Katatone Schizophrenie), 295.3 (Paranoide Schizophrenie), 295.4 (Akute schizophrene Episode) und 295.6 (Schizophrene Rest- und Defektzustände). Wir fassen im folgenden diese fünf Diagnosegruppen zusammen, um sie mit der Diagnosegruppe schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) des Untersuchungsjahrganges 1980 in unserer Arbeit (siehe 2.2) vergleichen zu können.

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 296 von insgesamt 1747 Patienten (das sind 16.9 % aller Patienten) die Diagnose schizophrene Psychose (ohne schizoaffektive Psychose) gestellt. Im Jahre 1980 waren es 359 von 1601 Patienten (das sind 22.4 % aller Patienten), die dieser Diagnosegruppe zugeordnet wurden. Die Geschlechterrelation beträgt im Jahre 1978 1 : 1.1 Männer zu Frauen, im Jahre 1980 1 : 0.9. In beiden Untersuchungszeiträumen waren es folglich nahezu gleich viele Männer und Frauen, die dieser Diagnosegruppe angehörten. Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) entspricht im Untersuchungszeitraum 1978 mit 32.7 Jahren fast genau dem Durchschnittsalter des Jahres 1980 mit 32 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltssdauer beträgt im Jahre 1978 52.2 Tage und ist damit geringfügig um 3.2 Tage höher als im Jahre 1980 mit 49 Tagen.

Beim Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) der beiden Untersuchungszeiträume fällt eine große Übereinstimmung auf. Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge, Sinnestäuschungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen und circadiane Besonderheiten kommen gleich häufig vor. Einige Wahnsymptome kommen dagegen bei den Patienten mit schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) des Untersuchungszeitraumes 1978 deutlich häufiger vor. Eine Wahn-Stimmung finden wir bei 51 % der Patienten, im Jahre 1980 nur bei 40.1 %; eine Wahn-Wahrnehmung kommt bei 32.1 % der Patienten vor, im Jahre 1980 nur bei 21.2; ein systematisierter Wahn manifestiert sich im Jahre 1978 bei 30.7 % der Patienten, im Jahre 1980 nur bei 20.3 %; eine Wahn-Dynamik tritt bei 40.5 % der Patienten auf, im Jahre 1980 nur bei 27.0 % und einen hypochondrischen Wahn finden wir im Jahre 1978 bei 8.8 % der Patienten, im Jahre 1980 nur bei 3.1 %. Von den Ich-Störungen kommt nur die Depersonalisa-

tion mit 23.3 % im Jahre 1978 häufiger vor als 1980 mit 13.1 %. Alle anderen Symptome der Ich-Störungen treten gleich häufig auf. Bei den vielfältigen Störungen der Affektivität ergeben sich ebenfalls nur bei zwei Symptomen Häufigkeitsunterschiede. Affektarmut und Ambivalenz sind 1978 seltener vertreten als 1980. Sie kommen 1978 nur bei 26 bzw. 18.2 % der Patienten vor, 1980 dagegen bei 34.5 bzw. 29.3 %. Von den Symptomen aus der Rubrik "Andere Störungen" treten folgende im Untersuchungszeitraum 1978 häufiger auf: sozialer Rückzug (1978: 57.4 % / 1980: 45.4 %), Mangel an Krankheitseinsicht (1978: 53.7 % / 1980: 40.1 %) und Ablehnung der Behandlung (1978: 25.6 % / 1980: 17.6 %). Die soziale Umtriebigkeit ist dagegen 1980 mit 11.7 % häufiger vertreten als im Jahre 1978 mit 3.4 %.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß die Diagnosegruppe schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) im Untersuchungszeitraum 1980 einen sehr viel größeren Teil am gesamten Patientengut ausmacht als im Untersuchungszeitraum 1978. Die Diagnose schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) wurde 1980 bei 5.5 % mehr Patienten gestellt als 1978. Im Bezug auf die Geschlechterrelation, das Durchschnittsalter der Patienten und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ergeben sich keine deutlichen Unterschiede. Die Untersuchungen aus den beiden Jahrgängen über die psychopathologische Symptomatik liefern ebenfalls nahezu gleiche Ergebnisse. Eine Ausnahme bildet der Wahn, der bei den Patienten des Untersuchungszeitraumes 1978 in den Unterformen Wahnstimmung, -Wahrnehmung, -Dynamik und systematisierter Wahn deutlich häufiger vorkommt.

#### 4.2.4. Schizoaffektive Psychose

In der Arbeit von H. Engelhardt (1984) wird die schizoaffektive Psychose als eigene Diagnosegruppe untersucht. Untersu-

chungszeitraum ist wiederum das Jahr 1978, die entsprechende Kategorie der ICD-8 lautet 295.7. In unserer Arbeit über das Untersuchungsjahr 1980 werden ebenfalls die Patienten mit schizoaffectiver Psychose von den übrigen schizophrenen Psychosen getrennt untersucht. Angewandt wurde die ICD-9, in der die Kategorie 295.7 ebenfalls der schizoaffectiven Psychose entspricht.

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose schizoaffective Psychose bei 153 von 1747 Patienten, das sind 8.7 %, gestellt. Im Jahre 1980 waren es 135 von 1601 Patienten, das sind 8.4 %. Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 1 : 2.7 Männer zu Frauen, im Jahre 1980 1 : 4.2. Die Frauen überwiegen also 1980 stärker als 1978. Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizoaffectiver Psychose beträgt in den Untersuchungszeiträumen 1978 und 1980 jeweils 35 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist 1978 mit 46 Tagen um einen Tag länger als im Jahre 1980 mit 45 Tagen.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der Patienten der beiden Untersuchungszeiträume ergibt, wie schon bei den übrigen schizophrenen Psychosen, eine gute Übereinstimmung der Ergebnisse. Bei den Bewußtseinsstörungen, den Orientierungsstörungen, den Aufmerksamkeitsstörungen und den Gedächtnisstörungen, den Befürchtungen und Zwängen, dem Wahn, den Sinnestäuschungen, den Ich-Störungen, den Antriebs- und psychomotorischen Störungen und den circadianen Besonderheiten treten keine Häufigkeitsunterschiede auf. Nur wenige Symptome der formalen Denkstörungen, der affektiven Störungen und aus der Rubrik "Andere Störungen" kommen in den Untersuchungszeiträumen 1978 und 1980 unterschiedlich häufig vor: gehemmtes Denken (1978: 20 % / 1980: 13.3 %), eingeengtes Denken (1978: 22 % / 1980: 31.9 %), Gedankenabreißen (1978: 18 % / 1980: 8.9 %), ängstlich (1978: 55 % / 1980: 45.9 %), gereizt (1978: 18 % / 1980: 31.9 %), ambivalent (1978: 16 % / 1980: 31.9 %), sozialer Rückzug (1978: 40 % / 1980: 24.4 %),

Selbstbeschädigung (1978: 3 % / 1980: 12.6 %), Mangel an Krankheitsgefühl (1978: 24 % / 1980: 34.8 %) und Ablehnung der Behandlung (1978: 17 % / 1980: 8.9 %). Alle übrigen Symptome der genannten drei Symptomgruppen kommen ebenfalls etwa gleich häufig vor.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß die Untersuchungsergebnisse der schizoaffektiven Psychose, deren ICD-Kategorie durch die Einführung der neunten Revision der ICD nicht verändert wurde, in den beiden Untersuchungsjahrgängen 1978 und 1980 fast ausnahmslos übereinstimmen. Lediglich die Dominanz der Frauen bei der Geschlechtsrelation hat sich von 1978 bis 1980 etwas verstärkt und die Häufigkeit einzelner Symptome der formalen Denkstörungen und der affektiven Störungen ist verschieden. Die Häufigkeit aller übrigen Symptome, das Durchschnittsalter der Patienten und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sind aber nahezu identisch.

#### 4.2.5. Paranoide Syndrome

Ebenfalls in der Arbeit von H. Engelhardt (1984) werden die paranoiden Syndrome der im Untersuchungszeitraum 1978 in die Psychiatrische Klinik der Universität München aufgenommenen Patienten beschrieben. Folgende Kategorien der ICD-8 werden dabei zur Diagnosegruppe paranoide Syndrome zusammengefaßt: 297.0 (Paranoia), 297.1 (Paranoide Psychose im Involutionalter) und 297.9 (Andere Wahnsyndrome). Die in unserer Arbeit zur Diagnosegruppe paranoide Syndrome zusammengefaßten Kategorien der ICD-9 siehe unter 2.2.

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden 40 von 1747 Patienten, das sind 2.3 %, der Diagnosegruppe paranoide Syndrome zugeordnet, im Jahre 1980 51 von 1601 Patienten, das sind 3.2 %. Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 1 : 2.3 Männer zu Frauen, im Jahre 1980 1 : 3.3. Die Frauen sind also 1980 noch stärker überrepräsentiert als 1978. Das Durchschnittsal-

ter der Patienten ist 1978 mit 58.9 Jahren um 7.9 Jahre höher als im Jahre 1980 mit 51 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltssdauer ist im Jahre 1978 ebenfalls deutlich länger. Sie beträgt 50 Tage und ist damit um sechs Tage länger als 1980 mit 44 Tagen.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik ergibt ebenfalls mehrere größere Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen. Bewußtseinsstörungen und Orientierungsstörungen kommen in beiden Jahrgängen sehr selten vor. Von den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen treten im Jahre 1978 die Konzentrationsstörungen (38 %) und Merkfähigkeitsstörungen (23 %) seltener auf als im Jahre 1980 (52.9 %, bzw. 29.4 %). Die Häufigkeit formaler Denkstörungen unterliegt größeren Schwankungen: gehemmtes Denken (1978: 15 % / 1980: 5.9 %), verlangsamtes Denken (1978: 30 % / 1980: 19.6 %) und gesperrtes Denken (1978: 10 % / 1980: 2.0 %) kommen im Untersuchungszeitraum 1978 wesentlich häufiger vor, während umständliches Denken (1978: 10 % / 1980: 29.4 %), eingeengtes Denken (1978: 40 % / 1980: 47.1 %) und perseverierendes Denken (1978: 3 % / 1980: 17.7 %) seltener vorkommen. Die Symptome der Befürchtungen und Zwänge treten bis auf das etwas häufigere Mißtrauen im Jahre 1978 gleich häufig auf. Die Wahnsymptome manifestieren sich im Untersuchungszeitraum 1978 deutlich häufiger als im Jahre 1980. Die Wahnstimmung finden wir im Jahre 1978 bei 55 % der Patienten, die Wahn-Wahrnehmung bei 43 %, den systematisierten Wahn bei 48 %, den Beziehungswahn bei 53 %, den Verfolgungswahn bei 65 %, den Verarmungswahn bei 8 % und den hypochondrischen Wahn bei 10 %. Die entsprechende Häufigkeitsverteilung im Untersuchungszeitraum 1980 ist: Wahn-Stimmung bei 45.1 %, Wahn-Wahrnehmung bei 31.4 %, systematisierter Wahn bei 23.5 %, Beziehungswahn bei 39.2 %, Verfolgungswahn bei 56.9 %, Verarmungswahn bei 3.9 % und hypochondrischer Wahn bei 3.9 %. Eine Ausnahme bildet die Wahn-Dynamik, welche 1978 nur bei 25 % der Patienten vorkommt, im Jahre 1980 aber bei 35.9 %. Einige

Formen der Sinnestäuschungen kommen ebenfalls 1978 häufiger vor: Illusionen (1978: 8 % / 1980: 0 %), optische Halluzinationen (1978: 15 % / 1980: 5.8 %) und Körperhalluzinationen (1978: 15 % / 1980: 7.8 %). Die Symptome der Ich-Störungen treten gleich häufig auf. Etwa gleich viele Störungen der Affektivität sind jeweils in einem der beiden Untersuchungszeiträume gegenüber dem anderen häufiger vertreten. Im Jahre 1978 sind dies: ratlos (43 % / 1980: 31.4 %), Störung der Vitalgefühle (25 % / 1980: 11.8 %), innerlich unruhig (60 % / 1980: 51.0 %) und Verarmungsgefühle (10 % / 1980: 3.9 %). Im Jahre 1980 sind es: deprimiert (54.9 % / 1978: 45 %), euphorisch (9.8 % / 1978: 3 %), klagsam/jammerig (15.7 % / 1978: 5 %), ambivalent (13.7 % / 1978: 5 %) und affektlabil (15.7 % / 1978: 8 %). Von den Antriebs- und psychomotorischen Störungen kommen die Symptome antriebsgesteigert (20 %), Parakinesen (11 %) und maniert/bizarrr (7 %) im Jahre 1978 häufiger vor als im Untersuchungszeitraum 1980, in dem die entsprechenden Prozentanteile 11.8, 2.0 und 2.0 betragen. Circadiane Besonderheiten sind in beiden Jahrgängen sehr selten und unbedeutend. Von den restlichen noch vergleichbaren Symptomen der psychopathologischen Symptomatik treten mehrere im Jahre 1978 deutlich häufiger auf. Den sozialen Rückzug finden wir 1978 bei 48 % der Patienten, 1980 nur bei 31.4 %; Suizidalität kommt 1978 bei 30 % der Patienten vor, 1980 nur bei 9.8 %; unter Mangel an Krankheitseinsicht leiden 1978 48 % der Patienten, 1980 nur 23.5 % und 15 % lehnen im Untersuchungszeitraum 1978 die Behandlung ab, während das 1980 nur 9.8 % tun. Die Aggressivität ist dagegen im Jahre 1980 mit 13.7 % um 10 % häufiger als im Jahre 1978.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß beim Vergleich der Untersuchungsergebnisse der paranoiden Syndrome der Jahrgänge 1978 und 1980 hinsichtlich der Häufigkeit der Diagnose, der Geschlechtsrelation, dem Durchschnittsalter der Patienten, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und der psychopatho-

logischen Symptomatik deutliche Unterschiede zutagegetreten. Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose paranoide Syndrome häufiger gestellt und die weiblichen Patienten sind noch stärker überrepräsentiert. Das Durchschnittsalter und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sind dagegen wesentlich niedriger als im Jahre 1978. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik ergibt sich folgender Überblick: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind im Jahre 1980 häufiger; Wahn, Sinnestäuschungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen, daneben sozialer Rückzug, Suicidalität, Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung kommen im Jahre 1978 häufiger vor. Die nichtgenannten Symptomgruppen treten etwa gleich häufig auf, wobei allerdings bei den formalen Denkstörungen und den Störungen der Affektivität starke Häufigkeitsschwankungen der einzelnen Symptome herrschen.

#### 4.2.6. Schlußfolgerung

Bei der Bewertung der Häufigkeitsunterschiede der genannten klinischen Merkmale für die hier betrachteten Diagnosegruppen ist zu beachten, daß im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München als klinisches Dokumentationssystem die zweite Auflage des AMP-Systems und im Jahre 1980 die dritte Auflage des AMDP-Systems verwendet wurde. Da die Symptome in den beiden Auflagen des verwendeten Dokumentationssystems zum Teil verschieden erklärt sind, sind die Häufigkeitsunterschiede für die oben erwähnten Symptome als gering zu bewerten. Geht man somit von den in dieser Arbeit betrachteten klinischen und demographischen Merkmalen aus, so stellen wir fest, daß die ICD-9 im Vergleich zur ICD-8 für die Diagnosen akute und chronische organische Psychosen, schizophrene Psychosen, schizoaffektive Psychose und paranoide Syndrome keine wesentliche Änderung gebracht hat. Dies bedeutet, daß die hier betrachteten gleichnamigen Diagnosegruppen der ICD-8 und der ICD-9 sich auch tatsächlich auf die gleichen Patientengruppen beziehen.

Teil 5

Z u s a m m e n f a s s u n g

## 5. Zusammenfassung

Der Inhalt der vorliegenden Arbeit besteht in der deskriptiv statistischen Beschreibung der Patienten mit akuten organischen Psychosen (ICD-Nr. 291-293), mit chronischen organischen Psychosen (ICD-Nr. 290, 294), mit schizophrenen Psychosen (ICD-Nr. 295, ohne 295.7), mit der schizoaffektiven Psychose (ICD-Nr. 295.7) und mit paranoiden Syndromen (ICD-Nr. 297, 298.4, 298.9) bezüglich der Symptomatik, der stationären Behandlungsdauer, des Schweregrades der Krankheit und einiger demographischer Merkmale. In die Untersuchung gehen die Daten von 1601 Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik München ein, die im Laufe des Jahres 1980 aufgenommen wurden und deren Befund und Anamnese mit Hilfe des AMDP-Systems dokumentiert wurde.

In der Einleitung der Arbeit wird zunächst auf die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie eingegangen. In einer Arbeit mit dieser Thematik stellt A. Alzheimer (1910) die Forderung auf, daß nur die drei Faktoren Ursache, Symptomatologie und Verlauf gemeinsam Klassifikationskriterien psychischer Krankheiten sein dürfen, und nicht etwa die Symptomatologie alleine. Leider können wir diese Forderung A. Alzheimers (1910) nicht erfüllen, da uns nur Daten über die psychopathologischen und demographischen Merkmale zur Verfügung stehen. Wir sind daher in unserer Arbeit nur in der Lage eine symptomatologische Beschreibung der hier betrachteten klinischen Bilder zu liefern.

Im zweiten Teil der Einleitung beziehen wir uns auf die Darstellung der organischen Psychosen, der schizophrenen Psychosen, der atypisch endogenen Psychose und der paranoiden Syndrome im Lehrbuch von R. Degkwitz et al. (1982). Dabei gehen

wir insbesondere auf die klinische Begriffsbildung und ihre Geschichte ein und beschreiben anschließend die jeweiligen Krankheitsbilder anhand der psychopathologischen Symptomatik. Da entgegen der Meinung Alzheimers (1910) bis heute keine organisch bedingte Ursache der funktionellen Psychosen nachgewiesen werden konnte, untergliedern R. Degkwitz et al. (1982), ebenso wie die ICD-9, weiterhin die funktionellen Psychosen nach symptomatologischen Kriterien. Ein ebenso wichtiges Unterscheidungsmerkmal, vor allem zur differentialdiagnostischen Abtrennung schizophrener und affektiver Psychosen, ist aber der unterschiedliche Verlauf. Damit gehen in die Diagnosen auch prognostische Überlegungen ein. Zwischen diese beiden großen Gruppen von Psychosen schieben R. Degkwitz et al. (1982) die atypisch endogene Psychose. Sie ist charakterisiert durch eine typische Symptomatologie (gemischt aus affektiven und schizophrenen Symptomen) und ihren Verlauf (affektive Phasen oder/und schizophrene Schübe mit meist vollständiger Rückbildung, aber großer Rückfallgefahr). Die ICD-9 nennt diese Krankheit schizoaffective Psychose und betrachtet sie als eine Untergruppe der schizophrenen Psychosen. Auch zur diagnostischen Trennung von organischen und funktionellen Psychosen ist nach R. Degkwitz et al. (1982), bei Versagen der ätiologischen Klärung der zugrundeliegenden Noxe, die Symptomatologie heranzuziehen. Dabei ist vor allem den Bewußtseinsstörungen für die Diagnose einer organischen Psychose eine große Bedeutung beizumessen. Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung der schizophrenen Psychosen bedienen sich R. Degkwitz et al. (1982) der Einteilung der psychopathologischen Symptomatik K. Schneiders (nach Degkwitz et al., 1982) in Symptome ersten und zweiten Ranges. Der klinische Nachweis von Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen und Ich-Störungen ist demnach, neben der Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit, für die Diagnose schizophrene Psychose von entscheidender Bedeutung. Die Diagnose "paranoide Syndrome"

(ICD-Nr. 297) verwenden R. Degkwitz et al. (1982) für die Restgruppe der funktionellen Psychosen, bei denen der Wahn im Vordergrund des klinischen Bildes steht. Der Ausschluß einer organischen Psychose erfolgt durch das Fehlen einer Bewußtseinsstörung und einer hirnorganischen Erkrankung, der Ausschluß einer schizophrenen Psychose durch die Feststellung einer intakten Persönlichkeit und einer affektiven Psychose durch das Fehlen der typischen Symptome aus dem Bereich der Affektivität und des Antriebes.

Im Ergebnisteil wird zuerst eine Übersicht über alle 1601 im Jahre 1980 aufgenommenen Patienten gegeben, für die eine vollständige Klinikdokumentation vorhanden ist. Im gesamten Patientengut überwiegen die weiblichen Patienten über die männlichen in einem Verhältnis von 1,15 zu 1. Eingeteilt in 13 Diagnosegruppen verteilt sich das gesamte Patientengut in Reihenfolge abnehmender Häufigkeit wie folgt: schizophrene Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) 22.4 %; endogene Depression 21.1 %; neurotische Depression 8.7 %; schizoaffektive Psychose 8.4 %; Suchtkrankheiten 7.6 %; Neurosen (ohne neurotische Depression) und Persönlichkeitsstörungen jeweils 6.4 %; akute organische Psychosen 4.6 %; psychogene Reaktionen 4.4 %; paranoide Syndrome 3.2 %; chronische organische Psychosen 2.6 %; manische Psychosen 1.8 % und körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs 1.1 %. Bei den chronischen organischen Psychosen, der schizoaffektiven Psychose, der endogenen Depression und den paranoiden Syndromen besteht ein deutliches zahlenmäßiges Übergewicht der weiblichen Patienten gegenüber den männlichen Patienten. Die Frauen sind hier zwei- bis viermal so häufig vertreten wie die Männer. Bei den Persönlichkeitsstörungen, den psychogenen Reaktionen und den Suchtkrankheiten haben die Männer einen mehr als doppelt so hohen Anteil am Patientengut wie die Frauen. Das Durchschnittsalter des gesamten Patientengutes beträgt 39 Jahre, wobei jenes der männlichen Patienten mit 34 Jahren

deutlich niedriger ist als das der weiblichen Patienten mit 43 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik beträgt 43 Tage, die durchschnittliche Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte 2.0, die durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Aufnahme 45 Punkte und bei der Entlassung 71 Punkte.

Im Anschluß an die Darstellung des gesamten Patientengutes beschreiben wir im Hauptteil der Arbeit die Verteilung der oben erwähnten Merkmale für die 660 Patienten, die zu den ausgewählten fünf Diagnosegruppen der akuten und chronischen organischen Psychosen, der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose), der schizoaffectiven Psychose und den paranoiden Syndromen gehören.

Bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen (Patientenzahl 73) beträgt das Durchschnittsalter 42 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 33 Tage und die durchschnittliche Anzahl an Klinikaufenthalten 1.4. Die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten wurde bei der Aufnahme im Durchschnitt mit 38 Punkten bewertet und bei der Entlassung mit 72 Punkten. Die psychopathologische Symptomatik der Patienten ist charakterisiert durch Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (bei bis zu 2/3 der Patienten), durch Orientierungsstörungen, Wahn und Sinnestäuschungen (bei bis zu 1/3 der Patienten) und durch Bewußtseinsstörungen (bei bis zu 13 % der Patienten). Als kennzeichnende Symptome, welche in der Häufigkeit an der Spitze des jeweiligen Symptomenbereichs des AMDP-Systems stehen und gleichzeitig um mehr als 10 % über dem Gesamtdurchschnitt aller Patienten des Untersuchungszeitraumes liegen, können im einzelnen genannt werden: Bewußtseins-Einengung, zeitliche Orientierungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Mißtrauen, Verfolgungswahn, optische Halluzinationen, ängstlich, motorisch unruhig und pflegebedürftig.

Bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen (Patientenzahl 42) beträgt das Durchschnittsalter 58 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 50 Tage und die durchschnittliche Anzahl an Klinikaufenthalten 2.0. Die Patienten wurden im Durchschnitt mit einer psychosozialen Beeinträchtigung von 38 Punkten aufgenommen und mit 51 Punkten entlassen. Im Vordergrund der psychopathologischen Symptomatik der chronischen organischen Psychosen stehen die Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (bei bis zu 3/4 der Patienten), gefolgt von Orientierungsstörungen und formalen Denkstörungen (bei bis zur Hälfte der Patienten). Affektive Störungen sind ebenfalls häufig, während dagegen Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sehr selten vorkommen. Als kennzeichnende Symptome können genannt werden: zeitliche Orientierungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, umständliches Denken und Antriebsarmut. Affektiv erscheinen die Patienten deprimiert, ratlos und affektlabil.

Bei den 359 Patienten mit einer schizophrenen Psychose (ohne schizoaffective Psychose), beträgt das Durchschnittsalter 32 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik 49 Tage und die durchschnittliche Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte 2.4. Die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten wurde bei der Aufnahme im Durchschnitt bei 40 Punkten eingestuft, bei der Entlassung bei 64 Punkten. Die psychopathologische Symptomatik der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) ist äußerst vielfältig. Bis auf Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Befürchtungen und Zwänge und circadiane Besonderheiten sind alle Symptome relativ häufig. Die formalen Denkstörungen und der Wahn (bei bis zu 40 % der Patienten) prägen neben den Ich-Störungen (bei bis zu 15 % der Patienten) das psychopathologische Bild der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose). Als kennzeichnende Symptome können im einzelnen genannt werden: eingeengtes Denken, Mißtrauen, Verfolgungswahn,

Stimmenhören, Gedankenausbreitung und sozialer Rückzug. Die Affektivität ist durch Affektarmut, Ambivalenz, Parathymie und Affektstarre geprägt; die Psychomotorik durch motorische Unruhe.

Die schizoaffective Psychose (Patientenzahl 135) wird getrennt von den übrigen schizophrenen Psychosen untersucht. Die Patienten sind im Durchschnitt 35 Jahre alt, verbleiben durchschnittlich 45 Tage in der Klinik und wurden durchschnittlich bereits 3.0 mal in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen. Bei der Aufnahme erhielten die Patienten eine durchschnittliche Bewertung der psychosozialen Beeinträchtigung von 39 Punkten, bei der Entlassung von 77 Punkten. Die psychopathologische Symptomatik der schizoaffectiven Psychose ist, wie jene der übrigen schizophrenen Psychosen, sehr vielfältig. Im Gegensatz zu den übrigen schizophrenen Psychosen kommen aber die Sinnestäuschungen und Ich-Störungen etwas seltener, die Störungen der Affektivität und Psychomotorik dagegen etwas häufiger vor. Als typische Symptome der schizoaffectiven Psychose können aufgeführt werden: Konzentrationsstörungen, Inkohärenz/Zerfahrenheit, Wahn-Stimmung, motorische Unruhe und Mangel an Krankheitsgefühl. Von den affektiven Störungen fallen auf: ratlos, euphorisch, gereizt und ambivalent.

Bei den 51 Patienten mit paranoiden Syndromen (ICD-Nr. 297, 298.4, 298.9) beträgt das Durchschnittsalter 51 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 44 Tage und die durchschnittliche Anzahl an bisherigen Klinikaufenthalten 1.8. Bei der Aufnahme wurde die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten im Durchschnitt mit 43 Punkten angegeben, bei der Entlassung mit 73 Punkten. Dominierender Teil der psychopathologischen Symptomatik der paranoiden Syndrome ist der Wahn (das häufigste Symptom ist der Verfolgungswahn mit 57 %). Daneben kommen nur noch Befürchtungen und Zwänge (bei bis zu 45 %) und Sinnestäuschungen (bei bis zu 20 %) relativ häufig

vor. Als kennzeichnende Symptome der paranoiden Symptomatik können genannt werden: eingeengtes Denken, Mißtrauen und Verfolgungswahn.

Im Diskussionsteil unserer Arbeit werden die untersuchten fünf Diagnosegruppen gegenübergestellt bezüglich der in dieser Arbeit betrachteten klinischen Merkmale. Anschließend werden unsere Ergebnisse mit einer ähnlichen Untersuchung der klinischen Daten des Patientenjahrganges 1978 in der gleichen Klinik verglichen (Dissertationen von H. Ditz und H. Engelhardt, 1984).

Beim Vergleich des Durchschnittsalters der Diagnosegruppen stehen die chronischen organischen Psychosen mit 58 Jahren - mit 19 Jahren Abstand gegenüber dem Durchschnittsalter des gesamten Patientengutes - an der Spitze. In der Reihenfolge mit abnehmendem Alter folgen die paranoiden Syndrome (51 Jahre) und die akuten organischen Psychosen (42 Jahre). Am jüngsten und deutlich unter dem Durchschnittsalter des gesamten Patientengutes mit 39 Jahren sind die schizoaffective Psychose mit 35 und die übrigen schizophrenen Psychosen mit 32 Jahren Durchschnittsalter.

Die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik haben ebenfalls die Patienten mit chronischen organischen Psychosen (50 Tage). In der Reihenfolge mit abnehmender Aufenthaltsdauer folgen die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffective Psychose) mit 49 Tagen, die schizoaffective Psychose mit 45 Tagen und die paranoiden Syndrome mit 44 Tagen. Alle genannten Diagnosegruppen zeigen folglich keinen deutlichen Unterschied bezüglich der Aufenthaltsdauer und liegen alle knapp über der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer des gesamten Patientengutes mit 43 Tagen. Eine Ausnahme bilden die Patienten mit akuten organischen Psychosen. Sie bleiben durchschnittlich nur 33 Tage in der Klinik und haben damit die mit großem Abstand kürzeste Aufenthaltsdauer.

Betrachtet man die Zahl der bisherigen stationären Behandlungen, so liegt die schizoaffektive Psychose mit durchschnittlich 3.0 Aufnahmen an der Spitze der hier untersuchten Diagnosegruppen. Die übrigen schizophrenen Psychosen weisen mit 2.4 Klinikaufenthalten ebenfalls eine hohe Wiederaufnahmerate auf. Die Patienten mit chronischen organischen Psychosen unterscheiden sich mit 2.0 Klinikaufenthalten nicht vom gesamten Patientengut. Weniger Aufenthalte als alle Patienten haben die Patienten mit paranoiden Syndromen (1.8) zu verzeichnen und am wenigsten die Patienten mit akuten organischen Psychosen, welche durchschnittlich nur 1.4 mal stationär behandelt wurden.

Beim Vergleich der Bewertung der psychosozialen Beeinträchtigung fällt zunächst auf, daß alle in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen bei der Aufnahme schlechter beurteilt wurden als das gesamte Patientengut. Mit 43 Punkten liegen die paranoiden Syndrome nur zwei Punkte hinter dem gesamten Patientengut (45 Punkte) und schneiden noch am besten ab. Es folgen mit abnehmender PSB-Bewertung die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) (40), die schizoaffektive Psychose (39) und die akuten und chronischen organischen Psychosen (jeweils 38). Auf der von 1 bis 100 reichenden PSB-Skala (je niedriger der Wert, umso schwerer ist das klinische Bild der Patienten) errechnet sich die maximale Differenz der Aufnahme-Bewertungen der einzelnen Diagnosegruppen zu fünf Punkten; der Unterschied an psychosozialer Beeinträchtigung ist folglich relativ gering. Bei der vergleichenden Betrachtung der psychosozialen Beeinträchtigung bei der Entlassung ergeben sich deutlichere Unterschiede. Die Patienten mit schizoaffektiver Psychose erhielten durchschnittlich 77 PSB-Punkte und damit die höchste Bewertung von allen Diagnosegruppen. Es folgen die paranoiden Syndrome mit 73, die akuten organischen Psychosen mit 72 und das gesamte Patientengut mit 71 Punkten. Mit größerem Abstand folgen die schizophrenen

Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) mit 64 Punkten. Die Patienten mit chronischen organischen Psychosen erhielten mit nur 51 Punkten die weitaus schlechteste PSB-Bewertung bei der Entlassung. Die Differenz aus durchschnittlicher Entlassungs- und Aufnahme-PSB-Bewertung kann als klinischer Maßstab für die Veränderung, d.h. Besserung des Krankheitsbildes während der Behandlung aufgefaßt werden. Die Patienten mit schizoaffektiver Psychose stehen hierbei mit 38 Differenzpunkten vor den akuten organischen Psychosen mit 34, den paranoiden Syndromen mit 30, dem gesamten Patientengut mit 26, den schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) mit 24 und den chronischen organischen Psychosen mit nur 13 Differenzpunkten. Die psychosoziale Beeinträchtigung der schizoaffektiven Psychose, der paranoiden Syndrome und der akuten organischen Psychosen besserte sich also überdurchschnittlich, während die schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) eine leicht unterdurchschnittliche Besserung aufweisen und die chronischen organischen Psychosen sich bezüglich der psychosozialen Beeinträchtigung während der Behandlung in der Klinik nur sehr wenig verändern. Dieses Vergleichsergebnis der PSB spiegelt den Therapieerfolg wider.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik ergibt für jede untersuchte Diagnosegruppe ein typisches Symptomprofil. Die Symptomatik der akuten organischen Psychosen ist charakterisiert durch Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Wahn und Sinnestäuschungen. Die Bewußtseinsstörungen und Sinnestäuschungen kommen in keiner anderen Diagnosegruppe so häufig vor. Selten sind dagegen bei den akuten organischen Psychosen Befürchtungen und Zwänge, während alle nicht genannten Symptome durchschnittlich häufig vorkommen. Die Psychomotorik ist durch motorische Unruhe geprägt. Die Symptomatik der chronischen organischen Psychosen ist charakterisiert durch Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und for-

male Denkstörungen. Die Orientierungsstörungen und Aufmerksamkeits-/Gedächtnisstörungen sind bei keiner anderen Diagnosegruppe so häufig vertreten. Sehr selten kommen dagegen bei den chronischen organischen Psychosen Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen vor. Die Psychomotorik ist durch Antriebsarmut geprägt. Die Symptomatik der schizophrenen Psychosen (ohne schizoaffektive Psychose) ist charakterisiert durch formale Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und Antriebs- und psychomotorische Störungen. Die Ich-Störungen kommen in keiner anderen Diagnosegruppe häufiger vor. Bis auf die circadianen Besonderheiten, welche sehr selten auftreten, sind alle nicht genannten Symptome durchschnittlich häufig vertreten. Die Symptomatik der schizoaffektiven Psychose ist ebenfalls charakterisiert durch formale Denkstörungen, Wahn, Ich-Störungen und psychomotorische Störungen. Im Gegensatz zu den übrigen schizophrenen Psychosen treten aber formale Denkstörungen, Störungen der Affektivität und der Psychomotorik etwas häufiger auf, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen dagegen seltener. Die formalen Denkstörungen kommen bei keiner anderen Diagnosegruppe so häufig vor. Selten sind - wie bei den übrigen schizophrenen Psychosen - nur die circadianen Besonderheiten. Die Symptomatik der paranoiden Syndrome ist charakterisiert durch Befürchtungen und Zwänge, Wahn und Sinnestäuschungen. Die Befürchtungen und Zwänge und der Wahn kommen bei keiner anderen Diagnosegruppe so häufig vor. Sehr selten sind bei den paranoiden Syndromen Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen und circadiane Besonderheiten vertreten. Während eine vergleichende Betrachtung der gesamten psychopathologischen Symptomatik geeignet ist den Unterschied zwischen den einzelnen Diagnosegruppen hervorzuheben bzw. der Differentialdiagnose dient, und es auch für jede Diagnose charakteristische Einzelsymptome gibt, sind einige andere Symptome dazu ungeeignet. Zu ihnen zählen in erster Linie die vielfältigen Störungen der Affektivität,

aber auch die antriebs- und psychomotorischen Störungen. Diese Symptome zeigen bei den hier betrachteten Diagnosen keine typischen Häufigkeitsunterschiede.

H. Engelhardt und H. Ditz (1984) untersuchen in ihren Dissertationen die Daten von 1747 Patienten, die im Jahre 1978 an der Psychiatrischen Klinik der Universität München aufgenommen wurden. Beiden Arbeiten lag die achte Revision der ICD für die diagnostische Zuordnung der Patienten zugrunde. Beim Vergleich unserer Ergebnisse mit den Untersuchungen aus dem Jahre 1978 stellen wir Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede fest.

Die größte Übereinstimmung der Ergebnisse finden wir bei der Diagnosegruppe schizoaffective Psychose. Diese Kategorie ist in beiden ICD-Revisionen gleichgeblieben. Bis auf eine deutliche Verstärkung des zahlenmäßigen Übergewichtes der weiblichen Patienten haben sich hier im Untersuchungsjahr 1978 gegenüber dem Jahre 1980 bezüglich der verglichenen Merkmale und der psychopathologischen Symptomatik keine Unterschiede ergeben.

Nur geringe Unterschiede der Untersuchungsergebnisse finden wir bei den Diagnosegruppen akute organische Psychosen und schizophrene Psychosen (ohne schizoaffective Psychose). Bei den akuten organischen Psychosen (Definition nach ICD-8: 291.0, 291.2, 291.3, 291.9, 292, 293.2, 293.3, 293.5, 293.9, 294 / Definition nach ICD-9: 291, 292, 293) stimmen die Ergebnisse des Jahres 1978 und 1980 bis auf einige kleinere Unterschiede der psychopathologischen Symptomatik bei allen untersuchten demographischen und klinischen Merkmalen überein. Einige Symptome aus den Bereichen "Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen" (Auffassungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen) und "formalen Denkstörungen" (perseverierend, ideenflüchtig, Vorbeireden) treten im Jahre 1978 häufiger auf, mehrere Symptome aus den Bereichen "Wahn" (Wahn-Stimmung, -Einfall, -Dynamik, systematisierter Wahn, Verfolgungswahn)

und "Sinnestäuschungen" (Stimmenhören, optische Halluzinationen) kommen im Jahre 1980 etwas häufiger vor. Bei den schizophrenen Psychosen (Definition nach ICD-8: 295.1 bis 295.4, 295.6 / Definition nach ICD-9: 295.0 bis 6, 295.8, 295.9) stellen wir im Jahre 1980 einen deutlich größeren Anteil am gesamten Patientengut fest (1978 waren es 16.9 %, 1980 waren es 22.4 %), bezüglich der übrigen klinischen und demographischen Merkmale finden wir aber gute Übereinstimmungen. Auch die Untersuchung der psychopathologischen Symptomatik liefert bis auf ein im Jahre 1978 häufigeres Vorkommen des Wahns (in den Unterformen Wahn-Stimmung, -Wahrnehmung, -Dynamik und systematisierter Wahn) nahezu gleiche Ergebnisse.

Etwas deutlichere Unterschiede der Untersuchungsergebnisse der Jahre 1978 und 1980 finden wir bei den Diagnosegruppen chronische organische Psychosen und paranoide Syndrome. Die chronischen organischen Psychosen (Definition nach ICD-8: 290, 291.1, 293.0, 293.1, 293.4, / Definition nach ICD-9: 290, 294) des Jahres 1978 haben ein um 4.3 Jahre höheres Durchschnittsalter, jene des Jahres 1980 eine um 10.1 Tage längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik stellen wir die größten Unterschiede bei folgenden Symptomen fest: Bewußtseinsstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen (sie kommen im Untersuchungszeitraum 1978 häufiger vor) und Störungen der Affektivität (diese haben dagegen im Jahre 1980 einen größeren Anteil an der Symptomatik). Bei den paranoiden Syndromen (Definition nach ICD-8: 297.0, 297.1, 297.9 / Definition nach ICD-9: 297, 298.4, 298.9) finden wir bei allen verglichenen Merkmalen geringe Unterschiede. Im Jahre 1980 erhöhte sich der Anteil am gesamten Patientengut von 2.3 % (1978) auf 3.2 %; die Dominanz der Frauen nahm von 1 : 2.3 (1978) auf 1 : 3.3 zu; das Durchschnittsalter erniedrigte sich um acht Jahre und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer verkürzte sich um sechs Tage. Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik er-

gibt folgende Ergebnisse: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen treten 1980 häufiger auf; Wahn, Sinnestäuschungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen, sozialer Rückzug, Suicidalität, Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung kommen dagegen 1978 häufiger vor.

Die oben erwähnten Häufigkeitsunterschiede der Symptome der beiden untersuchten Patientenjahrgänge betragen mindestens 10 %. Häufigkeitsunterschiede von mehr als 20 % kommen nicht vor.

Bei der Bewertung der Häufigkeitsunterschiede der genannten klinischen Merkmale für die hier betrachteten Diagnosegruppen ist zu beachten, daß im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München als klinisches Dokumentationssystem die zweite Auflage des AMP-Systems und im Jahre 1980 die dritte Auflage des AMDP-Systems verwendet wurde. Da die Symptome in den beiden Auflagen des verwendeten Dokumentationssystems zum Teil verschieden erklärt sind, sind die Häufigkeitsunterschiede für die oben erwähnten Symptome als gering zu bewerten. Geht man somit von den in dieser Arbeit betrachteten klinischen und demographischen Merkmalen aus, so stellen wir fest, daß die ICD-9 im Vergleich zur ICD-8 für die Diagnosen akute und chronische organische Psychosen, schizophrene Psychosen (einschließlich schizoaffektive Psychose) und paranoide Syndrome keine wesentliche Änderung gebracht hat. Dies bedeutet, daß die hier betrachteten gleichnamigen Diagnosegruppen der ICD-8 und der ICD-9 sich auch tatsächlich auf die gleichen Patientengruppen beziehen.

## Teil 6

### T a b e l l a r i s c h e r   A n h a n g

1. Übersicht über den tabellarischen Anhang
2. Tabellen und Abbildungen

## 6. Tabellarischer Anhang

### 6.1. Übersicht über den tabellarischen Anhang

Lesehilfe für das Studium der Tabellen und Abbildungen: Die Unterpunkte der Tabellen und Abbildungen des tabellarischen Anhanges entsprechen den Unterpunkten des Hauptteiles der Arbeit. Somit wird auf jede der Tabellen und Abbildungen der Unterpunkte 1.1 bis 2.5.4 in den entsprechenden Unterpunkten des Ergebnisteiles (Teil drei der Arbeit) Bezug genommen. Die Tabellen der Unterpunkte 0.1 bis 0.5 stellen eine Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse der Arbeit dar und ermöglichen eine Gegenüberstellung der untersuchten Diagnosegruppen. Auf diese Tabellen wird sowohl im Ergebnisteil als auch im Diskussionsteil (Teil vier der Arbeit) Bezug genommen.

1.        Untersuchung der Grundgesamtheit: gesamtes Patientengut
  - 1.1.     Geschlechtsverteilung
  - 1.2.     Verteilung der Diagnosen
    - 1.2.1/2   Übersicht und Häufigkeitsverteilung
    - 1.2.3.   Geschlechterrelation innerhalb der Diagnosgruppen
  - 1.3.     Altersverteilung
  - 1.4.     Aufenthaltsdauer in der Klinik
  - 1.5.     Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
  - 1.6.     Psychosoziale Beeinträchtigung
2.        Untersuchung der Diagnosegruppen
  - 2.1.     Beschreibung der akuten organischen Psychosen
    - 2.1.1.   Altersverteilung
    - 2.1.2.   Aufenthaltsdauer in der Klinik
    - 2.1.3.   Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
    - 2.1.4.   Psychosoziale Beeinträchtigung

2.2. Beschreibung der chronischen organischen Psychosen

2.2.1. Altersverteilung

2.2.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

2.2.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

2.2.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

2.3. Beschreibung der schizophrenen Psychosen  
(ohne schizoaffektive Psychose)

2.3.1. Altersverteilung

2.3.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

2.3.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

2.3.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

2.4. Beschreibung der schizoaffektiven Psychose

2.4.1. Altersverteilung

2.4.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

2.4.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

2.4.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

2.5. Beschreibung der paranoiden Syndrome

2.5.1. Altersverteilung

2.5.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

2.5.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

2.5.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

- 0.      Übersicht über die Diagnosegruppen
- 0.1.    Durchschnittsalter
- 0.2.    Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik
- 0.3.    Durchschnittliche Anzahl aller Klinikaufenthalte
- 0.4.    Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung
- 0.4.1.   Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung  
         bei der Aufnahme
- 0.4.2.   Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung  
         bei der Entlassung
- 0.4.3   Differenz aus durchschnittlicher psychosozialer  
         Beeinträchtigung bei der Entlassung und bei der  
         Aufnahme
- 0.5.    Symptomatik

## 6.2. Tabellen und Abbildungen

### 1. Untersuchung der Grundgesamtheit:

gesamtes Patientengut

Fallzahl: 1601 Patienten

#### 1.1. Geschlechtsverteilung

|          | Fallzahl | %     | Relation<br>männl. / weibl. |
|----------|----------|-------|-----------------------------|
| männlich | 744      | 46,5  | 1 : 1,15                    |
| weiblich | 857      | 53,5  |                             |
| Summe    | 1601     | 100,0 |                             |

Tab. : Geschlechtsverteilung beim gesamten

1.1 Patientengut

## 1.2. Verteilung der Diagnosen

### 1.2.1/2 Übersicht und Häufigkeitsverteilung

Tab. : Einteilung der Diagnosen unter ICD-9, Nr.

1.2.1/2 290-298, 300-310, 312 und 316 in 13 Diagnosegruppen.

| Gruppen<br>Nr. | ICD-Nr.                             | Diagnosen                                                 | Fallzahl |       |
|----------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|-------|
|                |                                     |                                                           | abs.     | %     |
| 1              | 291-293                             | Akute organ. Psychosen                                    | 73       | 4,6   |
| 2              | 290, 294                            | Chron. organ. Psychosen                                   | 42       | 2,6   |
| 3              | 295, ohne 295.7                     | Schizophrene Psychosen<br>(ohne Schizoaffektive Psychose) | 359      | 22,4  |
| 4              | 295.7                               | Schizoaffektive Psychose                                  | 135      | 8,4   |
| 5              | 296.1, 296.3,<br>296.9, 298.0       | Endogene Depression                                       | 337      | 21,1  |
| 6              | 296.0, 296.2,<br>298.1              | Manische Psychose                                         | 28       | 1,8   |
| 7              | 297, 298.4<br>298.9                 | Paranoide Syndrome                                        | 51       | 3,2   |
| 8              | 300, ohne 300.4                     | Neurosen (ohne neurot. Depression)                        | 103      | 6,4   |
| 9              | 300.4                               | Neurotische Depression                                    | 139      | 8,7   |
| 10             | 301, 302, 310<br>312                | Persönlichkeitsstörungen                                  | 102      | 6,4   |
| 11             | 306, 307, 316                       | Körperl. Funktionsstörungen<br>psychischen Ursprungs      | 17       | 1,1   |
| 12             | 308, 309,<br>298.2, 298.3,<br>298.8 | Psychogene Reaktion                                       | 71       | 4,4   |
| 13             | 303-305                             | Suchtkrankheiten                                          | 122      | 7,6   |
|                |                                     | Sonstige                                                  | 22       | 1,3   |
|                |                                     | Summe                                                     | 1601     | 100,0 |

### 1.2.3. Geschlechterrelation innerhalb der Diagnosegruppen

Tab. : Geschlechterrelation der Patienten innerhalb  
1.2.3. der Diagnosegruppen. Reihenfolge von mehr bei  
Frauen nach mehr bei Männern auftretenden Dia-  
gnosegruppen.

| D i a g n o s e g r u p p e                               | Relation<br>männl./weibl. | Fallzahl |       |        |       |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------|----------|-------|--------|-------|
|                                                           |                           | Männer   |       | Frauen |       |
|                                                           |                           | abs.     | %     | abs.   | %     |
| 1. Schizoaffektive Psychose                               | 1 : 4,2                   | 26       | 3,5   | 109    | 12,7  |
| 2. Paranoide Syndrome                                     | 1 : 3,3                   | 12       | 1,6   | 39     | 4,6   |
| 3. Endogene Depression                                    | 1 : 2,6                   | 94       | 12,6  | 243    | 28,4  |
| 4. Chronische organ. Psychosen                            | 1 : 1,8                   | 15       | 2,0   | 27     | 3,2   |
| 5. Neurotische Depression                                 | 1 : 1,1                   | 67       | 9,0   | 72     | 8,4   |
| 6. Körperliche Funktionsstörung.<br>psychischen Ursprungs | 1 : 1,1                   | 8        | 1,1   | 9      | 1,1   |
| 7. Schizophrene Psychosen<br>(o. schizoaff. Psych.)       | 1 : 0,95                  | 184      | 24,7  | 175    | 20,4  |
| 8. Neurosen                                               | 1 : 0,8                   | 56       | 7,5   | 47     | 5,5   |
| 9. Manische Psychosen                                     | 1 : 0,75                  | 16       | 2,2   | 12     | 1,4   |
| 10. Akute organ. Psychosen                                | 1 : 0,6                   | 45       | 6,1   | 28     | 3,3   |
| 11. Psychogene Reaktionen                                 | 1 : 0,4                   | 50       | 6,7   | 21     | 2,5   |
| 12. Persönlichkeitsstörungen                              | 1 : 0,4                   | 72       | 9,7   | 30     | 3,5   |
| 13. Suchtkrankheiten                                      | 1 : 0,4                   | 86       | 11,6  | 36     | 4,2   |
| Gesamtes Patientengut                                     | 1 : 1,15                  | 744      | 100,0 | 857    | 100,0 |

### 1.3. Altersverteilung

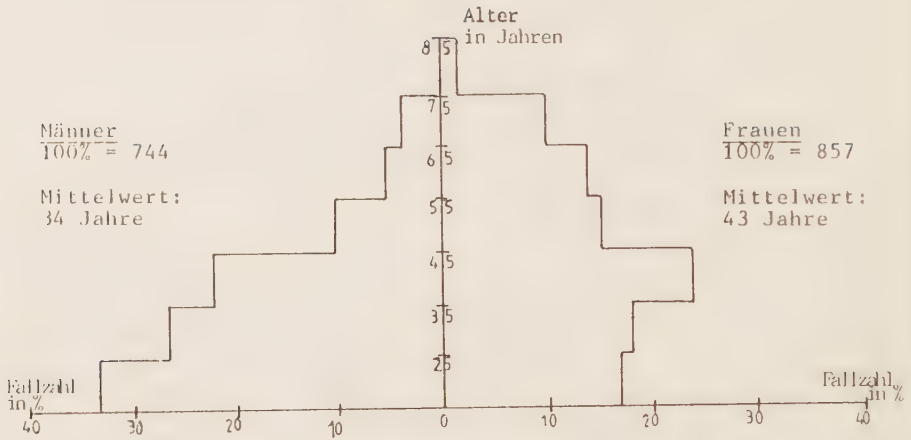


Abb. 1.3. : Altersverteilung bei Männern und Frauen des gesamten Patientengutes

### 1.4. Aufenthaltsdauer in der Klinik

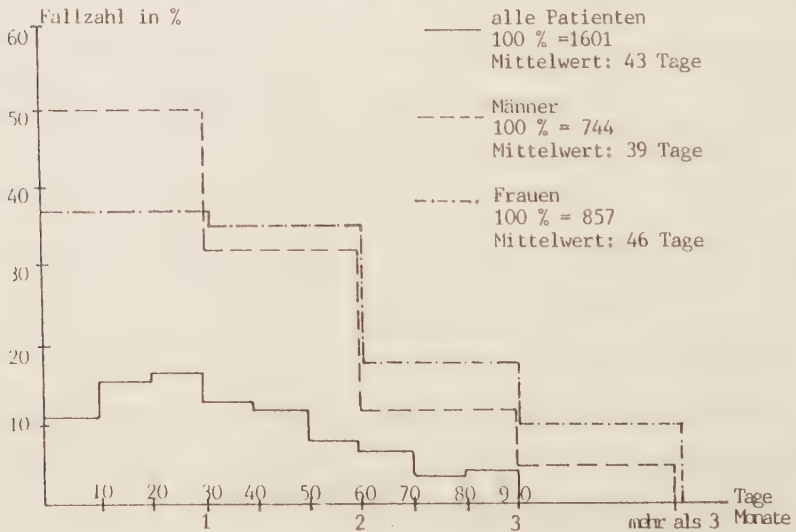


Abb. 1.4. : Verteilung der Aufenthaltsdauer beim gesamten Patientengut und getrennt nach Männern und Frauen

### 1.5. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

|                           | Anzahl aller Aufenthalte |      |      |     |     |            |                |
|---------------------------|--------------------------|------|------|-----|-----|------------|----------------|
|                           | 1                        | 2    | 3    | 4   | 5   | mehr als 5 |                |
| Männer<br>(Fallzahl in %) | 65,2                     | 14,1 | 7,4  | 3,5 | 2,3 | 4,6        | 100 %<br>= 744 |
| Frauen<br>(Fallzahl in %) | 51,8                     | 20,7 | 10,6 | 3,7 | 3,7 | 7,4        | 100 %<br>= 857 |

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken bei Männern und Frauen des gesamten Patientengutes

### 1.6. Psychosoziale Beeinträchtigung

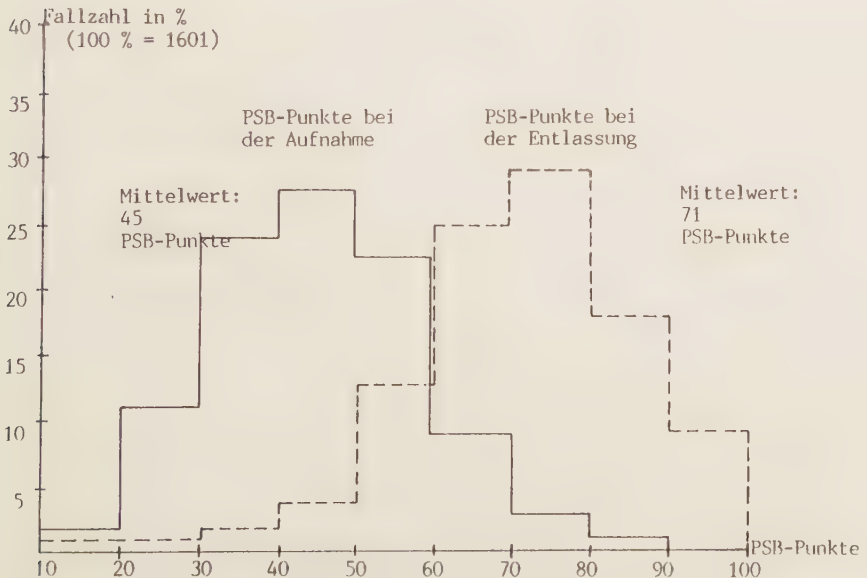


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung des gesamten Patientengutes bei der Aufnahme und bei der Entlassung

## 2. Untersuchung der Diagnosegruppen

### 2.1. Beschreibung der akuten organischen Psychosen

#### 2.1.1. Altersverteilung

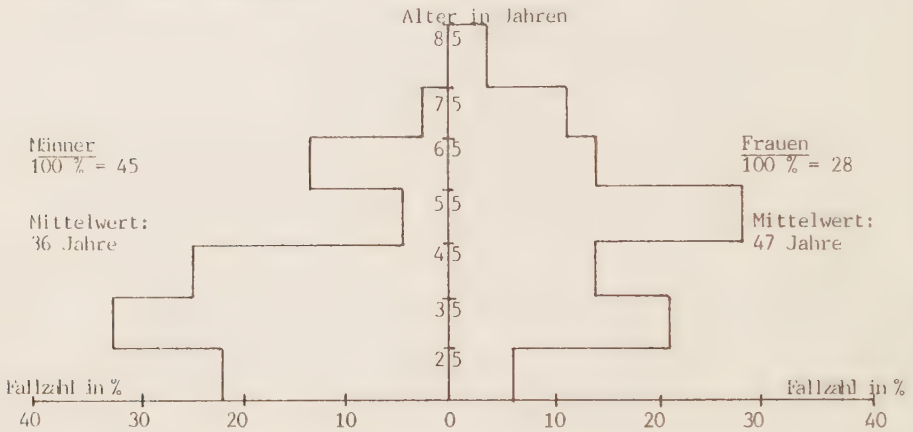


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit akuten  
2.1.1. organischen Psychosen

#### 2.1.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

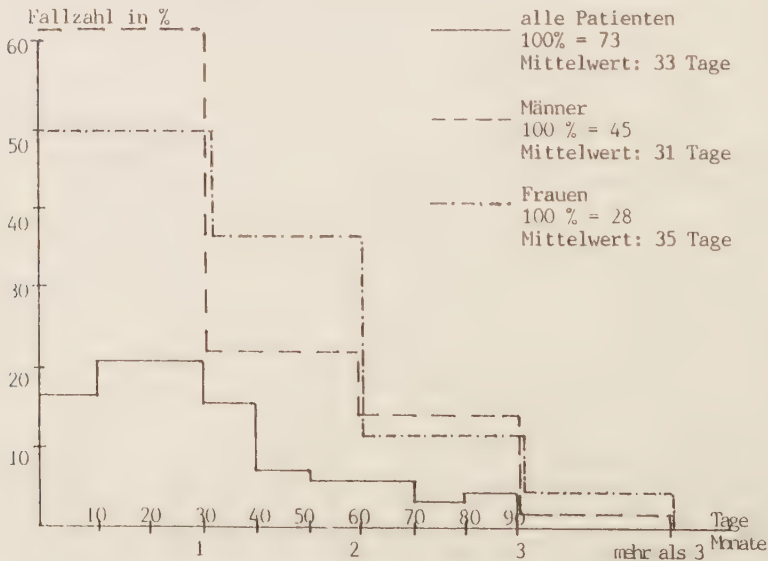


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten  
2.1.2. mit akuten organischen Psychosen und getrennt nach  
Männern und Frauen

### 2.1.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

|                           | Anzahl aller Aufenthalte |      |   |     |   |            |               |
|---------------------------|--------------------------|------|---|-----|---|------------|---------------|
|                           | 1                        | 2    | 3 | 4   | 5 | mehr als 5 |               |
| Männer<br>(Fallzahl in %) | 75,6                     | 13,3 | 0 | 0   | 0 | 0          | 100 %<br>= 45 |
| Frauen<br>(Fallzahl in %) | 71,4                     | 17,4 | 0 | 3,6 | 0 | 3,6        | 100 %<br>= 28 |

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in  
2.1.3. psychiatrischen Kliniken bei Männern und Frauen  
mit akuten organischen Psychosen

### 2.1.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

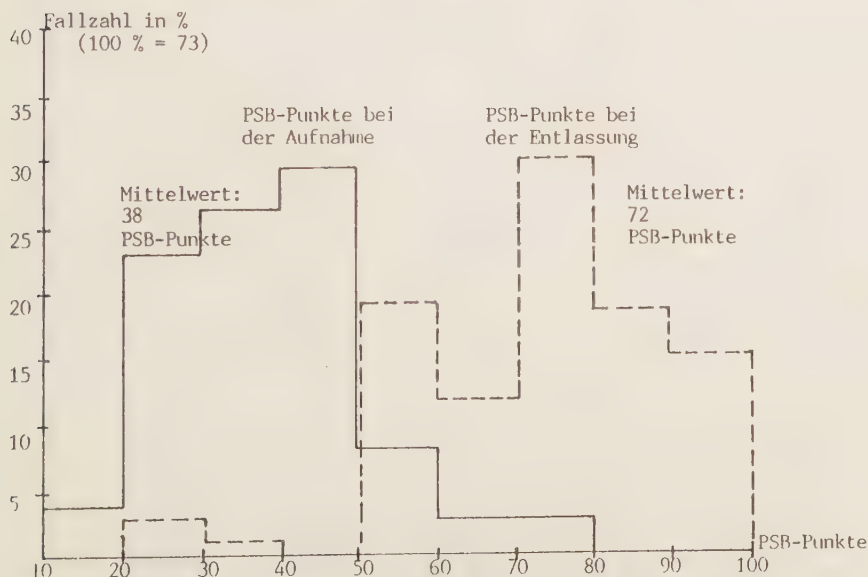


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung  
2.1.4. der akuten organischen Psychosen bei der Aufnahme und bei der Entlassung

## 2.2. Beschreibung der chronischen organischen Psychosen

### 2.2.1. Altersverteilung

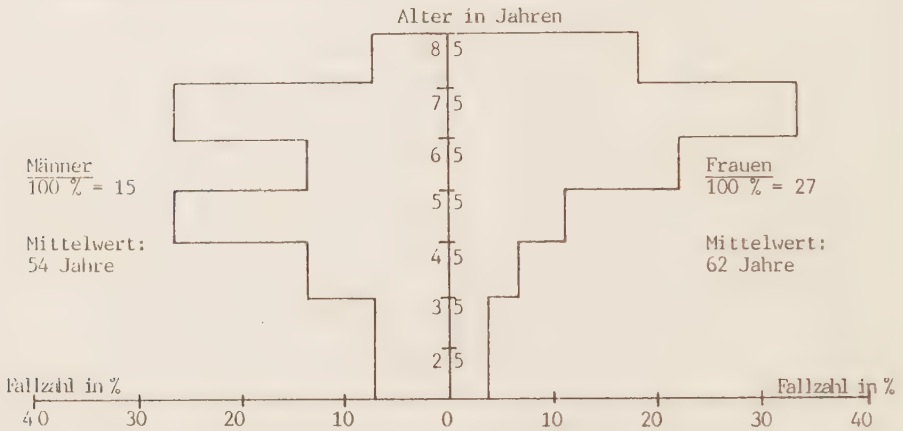


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit  
2.2.1. chronischen organischen Psychosen

### 2.2.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

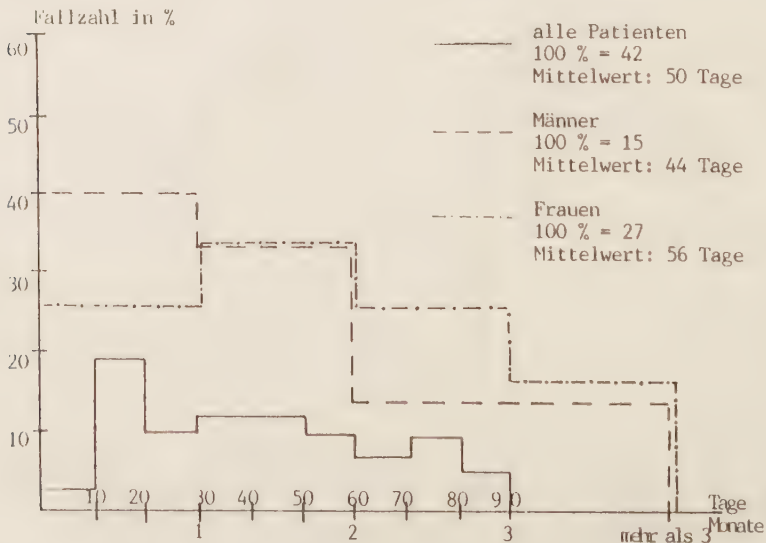


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten  
2.2.2. mit chronischen organischen Psychosen und getrennt  
nach Männern und Frauen

### 2.2.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

|                           | Anzahl aller Aufenthalte |      |      |     |     |               |               |
|---------------------------|--------------------------|------|------|-----|-----|---------------|---------------|
|                           | 1                        | 2    | 3    | 4   | 5   | mehr<br>als 5 |               |
| Männer<br>(Fallzahl in %) | 66,7                     | 13,3 | 13,3 | 6,7 | 0   | 0             | 100 %<br>= 15 |
| Frauen<br>(Fallzahl in %) | 59,3                     | 18,5 | 3,7  | 7,4 | 3,7 | 7,4           | 100 %<br>= 27 |

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in  
2.2.3. psychiatrischen Kliniken bei Männern und Frauen  
mit chronischen organischen Psychosen

### 2.2.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

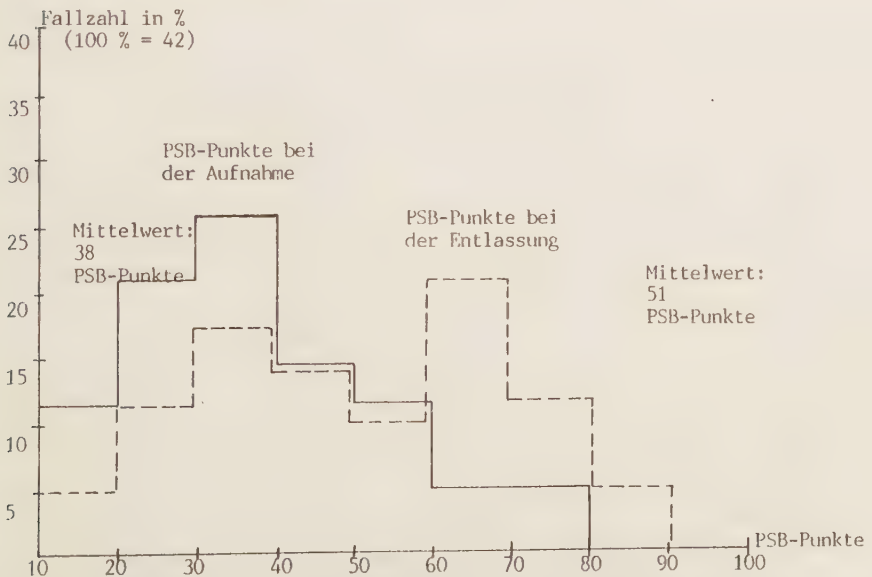


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung  
2.2.4. der chronischen organischen Psychosen bei der  
Aufnahme und bei der Entlassung

## 2.3. Beschreibung der schizophrenen Psychosen

(ohne schizoaffektive Psychose)

### 2.3.1. Altersverteilung

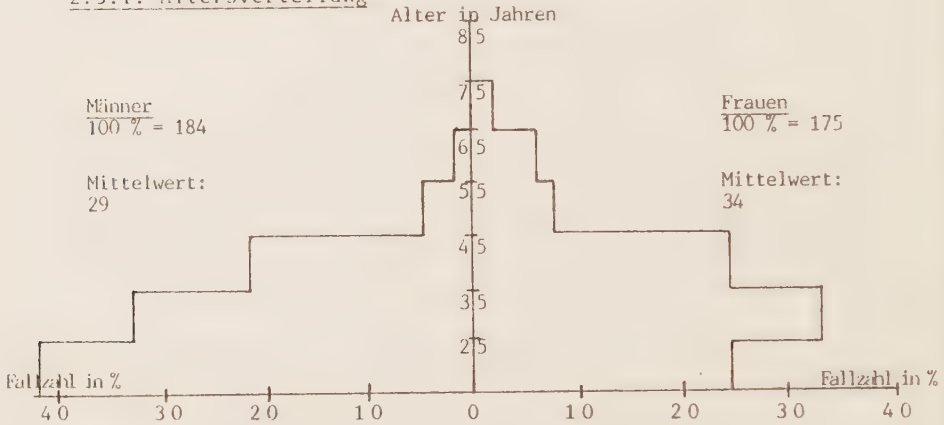


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit  
2.3.1. schizophrenen Psychosen

### 2.3.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

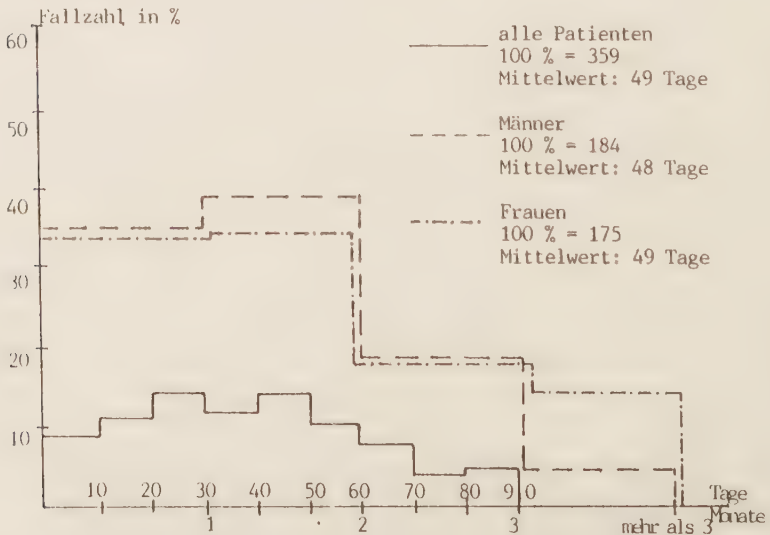


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten  
2.3.2. mit schizophrenen Psychosen und getrennt nach  
Männern und Frauen

### 2.3.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

|                           | Anzahl aller Aufenthalte |      |      |     |     |            |                |
|---------------------------|--------------------------|------|------|-----|-----|------------|----------------|
|                           | 1                        | 2    | 3    | 4   | 5   | mehr als 5 |                |
| Männer<br>(Fallzahl in %) | 48,4                     | 21,7 | 12,5 | 4,9 | 5,4 | 4,8        | 100 %<br>= 184 |
| Frauen<br>(Fallzahl in %) | 43,4                     | 26,3 | 12,6 | 2,9 | 6,3 | 8,0        | 100 %<br>= 175 |

Tab. : Verteilung der Anzahl der Aufenthalte in  
2.3.3. psychiatrischen Kliniken bei Männern und  
Frauen mit schizophrenen Psychosen

### 2.3.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

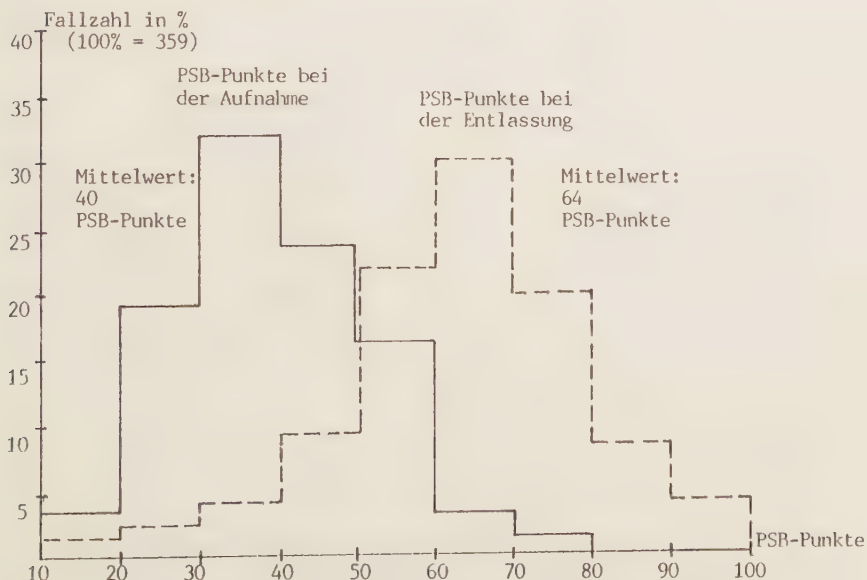


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung  
2.3.4. der schizophrenen Psychosen bei der Aufnahme und  
bei der Entlassung

## 2.4. Beschreibung der schizoaffektiven Psychose

### 2.4.1. Altersverteilung

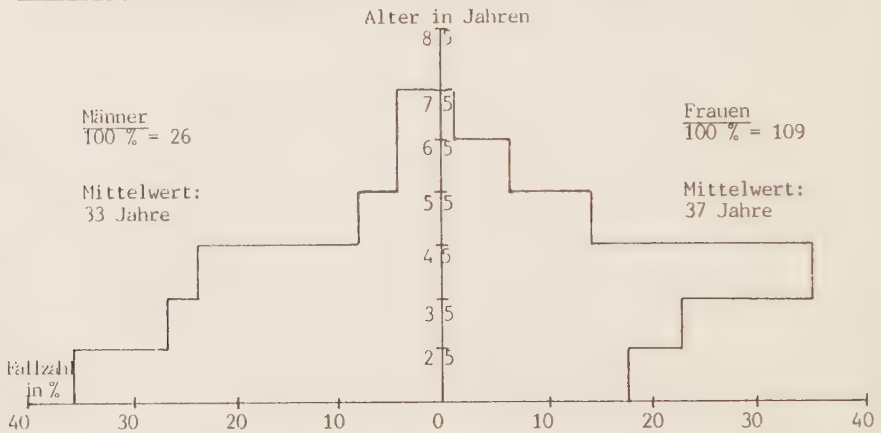


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit  
2.4.1. schizoaffektiver Psychose

### 2.4.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

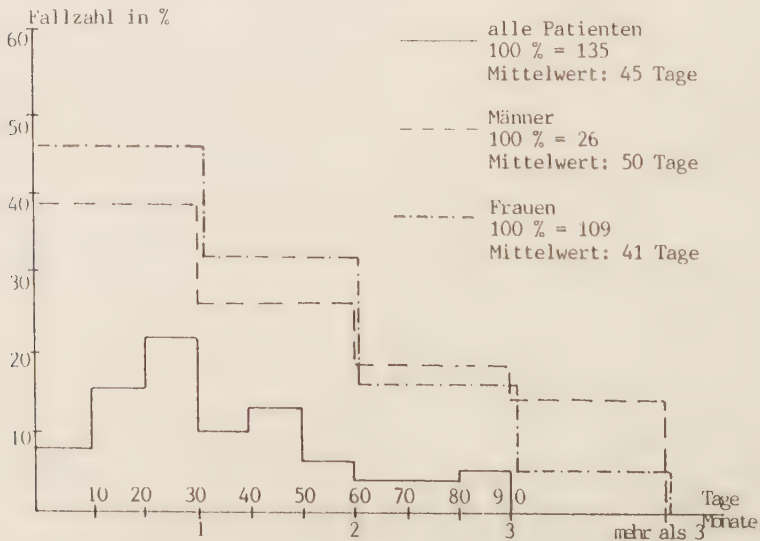


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten  
2.4.2. mit schizoaffektiver Psychose und getrennt nach  
Männern und Frauen

### 2.4.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

|                           | Anzahl aller Aufenthalte |      |      |     |     |            |                |
|---------------------------|--------------------------|------|------|-----|-----|------------|----------------|
|                           | 1                        | 2    | 3    | 4   | 5   | mehr als 5 |                |
| Männer<br>(Fallzahl in %) | 46,2                     | 15,4 | 15,4 | 7,7 | 7,7 | 7,7        | 100 %<br>= 26  |
| Frauen<br>(Fallzahl in %) | 28,4                     | 22,0 | 17,4 | 6,4 | 5,5 | 19,3       | 100 %<br>= 109 |

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in  
2.4.3. psychiatrischen Kliniken bei Männern und  
Frauen mit schizoaffektiver Psychose

### 2.4.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

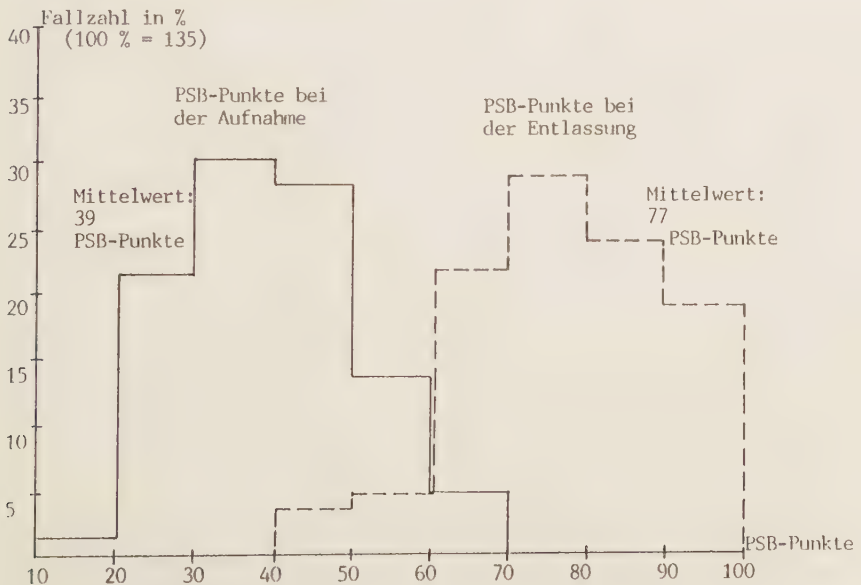


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung  
2.4.4. der schizoaffektiven Psychose bei der Aufnahme  
und bei der Entlassung

## 2.5. Beschreibung der paranoiden Syndrome

### 2.5.1. Altersverteilung



Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit  
2.5.1 paranoiden Syndromen

### 2.5.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

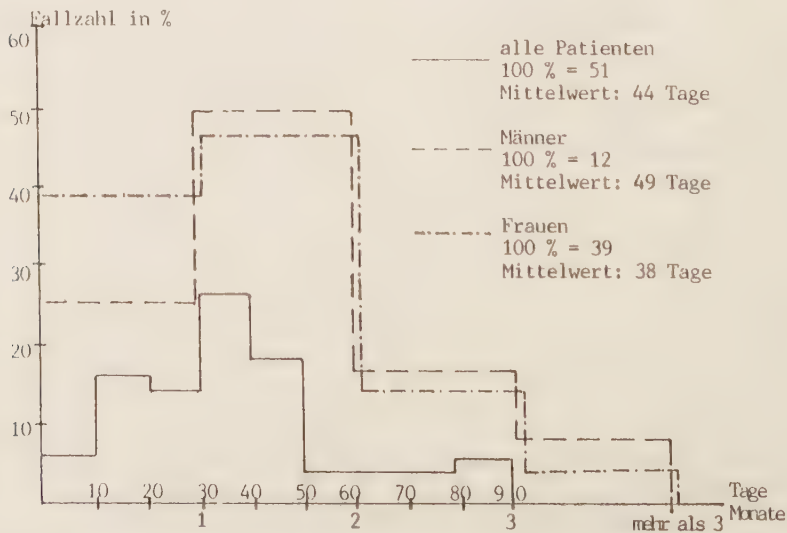


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten  
2.5.2. mit paranoiden Syndromen und getrennt nach Männern  
und Frauen

### 2.5.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

|                           | Anzahl aller Aufenthalte |      |     |   |     |            |               |
|---------------------------|--------------------------|------|-----|---|-----|------------|---------------|
|                           | 1                        | 2    | 3   | 4 | 5   | mehr als 5 |               |
| Männer<br>(Fallzahl in %) | 58,3                     | 25,0 | 8,3 | 0 | 0   | 8,3        | 100 %<br>= 12 |
| Frauen<br>(Fallzahl in %) | 66,7                     | 18,0 | 7,7 | 0 | 2,6 | 2,6        | 100 %<br>= 39 |

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in  
2.5.3. psychiatrischen Kliniken bei Männern und  
Frauen mit paranoiden Syndromen

### 2.5.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

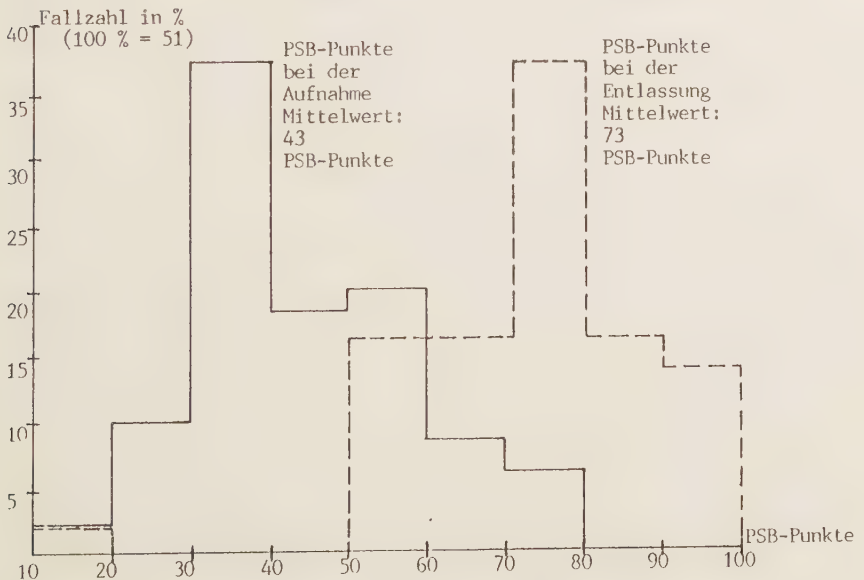


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung  
2.5.4. der paranoiden Syndrome bei der Aufnahme und  
bei der Entlassung

## 0. Übersicht über die Diagnosegruppen

### 0.1 Durchschnittsalter

Tab. : Durchschnittsalter in zunehmender Reihenfolge  
0.1 bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

| D i a g n o s e g r u p p e                         | Durchschnittsalter<br>(in Jahren) |        |        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|--------|--------|
|                                                     | ges.                              | Männer | Frauen |
| 1. Schizophrene Psychosen<br>(o. schizoaff. Psych.) | 32                                | 29     | 34     |
| 2. Schizoaffektive Psychose                         | 35                                | 33     | 37     |
| 3. Akute organische Psychosen                       | 42                                | 36     | 47     |
| 4. Paranoide Syndrome                               | 51                                | 48     | 54     |
| 5. Chronische organ. Psychosen                      | 58                                | 54     | 62     |
| Gesamtes Patientengut                               | 39                                | 34     | 43     |

### 0.2 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Tab. : Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in zunehmen-  
0.2 der Reihenfolge bei Patienten der untersuchten  
Diagnosegruppen

| D i a g n o s e g r u p p e                         | Aufenthaltsdauer<br>(in Tagen) |        |        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--------|--------|
|                                                     | ges.                           | Männer | Frauen |
| 1. Akute organische Psychosen                       | 33                             | 31     | 35     |
| 2. Paranoide Syndrome                               | 44                             | 49     | 38     |
| 3. Schizoaffektive Psychose                         | 45                             | 50     | 41     |
| 4. Schizophrene Psychosen<br>(o. schizoaff. Psych.) | 49                             | 48     | 49     |
| 5. Chronische organ. Psychosen                      | 50                             | 44     | 56     |
| Gesamtes Patientengut                               | 43                             | 39     | 46     |

### 0.3 Durchschnittliche Anzahl aller Klinikaufenthalte

Tab. : Durchschnittliche Anzahl aller Klinikaufenthalte in zunehmender Reihenfolge bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

| D i a g n o s e g r u p p e                         | Anzahl aller Klinikaufenthalte |        |        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--------|--------|
|                                                     | ges.                           | Männer | Frauen |
| 1. Akute organische Psychosen                       | 1,4                            | 1,2    | 1,6    |
| 2. Paranoide Syndrome                               | 1,8                            | 2,0    | 1,6    |
| 3. Chronische organ. Psychosen                      | 2,0                            | 1,6    | 2,3    |
| 4. Schizophrene Psychosen<br>(o. schizoaff. Psych.) | 2,4                            | 2,4    | 2,4    |
| 5. Schizoaffektive Psychose                         | 3,0                            | 2,7    | 3,2    |
| Gesamtes Patientengut                               | 2,0                            | 1,8    | 2,2    |

### 0.4 Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung

#### 0.4.1 Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Aufnahme

Tab. : Durchschnittliche PSB bei der Aufnahme in Reihenfolge zunehmender Schwere des Krankheitsbildes bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

| D i a g n o s e g r u p p e                         | PSB-Punkte bei der Aufnahme |        |        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|--------|--------|
|                                                     | ges.                        | Männer | Frauen |
| 1. Paranoide Syndrome                               | 43                          | 40     | 45     |
| 2. Schizophrene Psychosen<br>(o. schizoaff. Psych.) | 40                          | 40     | 39     |
| 3. Schizoaffektive Psychose                         | 39                          | 37     | 40     |
| 4. Akute organ. Psychosen                           | 38                          | 40     | 36     |
| 4. Chronische organ. Psychosen                      | 38                          | 37     | 38     |
| Gesamtes Patientengut                               | 45                          | 47     | 43     |

#### 0.4.2 Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Entlassung

Tab. : Durchschnittliche PSB bei der Entlassung in Reihenfolge  
0.4.2 zunehmender Schwere des Krankheitsbildes bei Patienten  
der untersuchten Diagnosegruppen.

| D i a g n o s e g r u p p e                          | PSB-Punkte bei der Entlassung |        |        |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|--------|
|                                                      | ges.                          | Männer | Frauen |
| 1. Schizoaffective Psychose                          | 77                            | 76     | 77     |
| 2. Paranoide Syndrome                                | 73                            | 72     | 74     |
| 3. Akute organische Psychosen                        | 72                            | 72     | 71     |
| 4. Schizophrene Psychosen<br>(o. schizoauff. Psych.) | 64                            | 61     | 66     |
| 5. Chronische organ. Psychosen                       | 51                            | 52     | 50     |
| Gesamtes Patientengut                                | 71                            | 69     | 72     |

#### 0.4.3 Differenz aus durchschnittlicher psychosozialer Beeinträchtigung bei der Entlassung und bei der Aufnahme

Tab. : Differenz aus durchschnittlicher PSB bei der Entlassung  
0.4.3 und bei der Aufnahme in abnehmender Reihenfolge bei Pa-  
tienten der untersuchten Diagnosegruppen

| D i a g n o s e g r u p p e                          | Differenzpunkte |        |        |
|------------------------------------------------------|-----------------|--------|--------|
|                                                      | ges.            | Männer | Frauen |
| 1. Schizoaffective Psychose                          | 38              | 39     | 37     |
| 2. Akute organische Psychosen                        | 34              | 32     | 35     |
| 3. Paranoide Syndrome                                | 30              | 32     | 29     |
| 4. Schizophrene Psychosen<br>(o. schizoauff. Psych.) | 24              | 21     | 27     |
| 5. Chronische organ. Psychosen                       | 13              | 15     | 12     |
| Gesamtes Patientengut                                | 26              | 22     | 29     |

## 0.5. Symptomatik

Tab. : Übersicht über die Häufigkeit von Symptomen bei Patienten  
der untersuchten Diagnosegruppen  
Angaben in % der Fälle

| S y m p t o m                                       | gesamtes<br>Patientengut | D i a g n o s e g r u p p e      |                                       |                           |                             |                       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|                                                     |                          | akute<br>organische<br>Psychosen | chronische<br>organische<br>Psychosen | Schizophrene<br>Psychosen | Schizoaffektive<br>Psychose | Paranoide<br>Syndrome |
| <u>Bewußtseinsstörungen</u>                         |                          |                                  |                                       |                           |                             |                       |
| Bewußtseins-Verminderung                            | 2,2                      | 6,9                              | 2,4                                   | 1,4                       | 4,4                         | 0                     |
| Bewußtseins-Trübung                                 | 2,1                      | 12,3                             | 2,4                                   | 1,7                       | 3,7                         | 2,0                   |
| Bewußtseins-Einengung                               | 3,9                      | 13,7                             | 9,5                                   | 3,6                       | 2,9                         | 3,9                   |
| Bewußtseins-Verschiebung                            | 0,4                      | 0                                | 2,4                                   | 1,1                       | 0,7                         | 0                     |
| <u>Orientierungsstörungen</u>                       |                          |                                  |                                       |                           |                             |                       |
| zeitlich                                            | 9,0                      | 37,0                             | 40,5                                  | 8,7                       | 14,8                        | 5,9                   |
| örtlich                                             | 6,4                      | 26,0                             | 35,7                                  | 5,6                       | 8,9                         | 5,9                   |
| situativ                                            | 6,4                      | 20,6                             | 33,3                                  | 6,4                       | 9,6                         | 3,9                   |
| über die eigene Person                              | 1,8                      | 5,5                              | 14,3                                  | 2,2                       | 3,0                         | 0                     |
| <u>Aufmerksamkeits- und<br/>Gedächtnisstörungen</u> |                          |                                  |                                       |                           |                             |                       |
| Auffassungsstörungen                                | 23,8                     | 42,7                             | 47,6                                  | 35,1                      | 38,5                        | 17,7                  |
| Konzentrationsstörungen                             | 50,7                     | 65,8                             | 69,1                                  | 59,6                      | 62,2                        | 52,9                  |
| Merkfähigkeitsstörungen                             | 26,1                     | 43,8                             | 73,8                                  | 23,7                      | 26,7                        | 29,4                  |
| Gedächtnisstörungen                                 | 17,1                     | 35,6                             | 66,7                                  | 12,8                      | 13,3                        | 21,6                  |

| S y m p t o m                   | gesamtes<br>Patientengut | D i a g n o s e g r u p p e      |                                       |                            |                             |                       |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|                                 |                          | akute<br>organische<br>Psychosen | chronische<br>organische<br>Psychosen | Schizophrenie<br>Psychosen | Schizoaffektive<br>Psychose | Paranoide<br>Syndrome |
| Konfabulationen                 | 3,2                      | 11,0                             | 21,4                                  | 3,3                        | 5,2                         | 2,0                   |
| Paramnesien                     | 1,3                      | 1,4                              | 0                                     | 3,3                        | 1,5                         | 5,9                   |
| <u>Formale Denkstörungen</u>    |                          |                                  |                                       |                            |                             |                       |
| gehemmt                         | 13,2                     | 8,2                              | 11,9                                  | 19,5                       | 13,3                        | 5,9                   |
| verlangsamt                     | 26,4                     | 30,1                             | 42,9                                  | 27,8                       | 27,4                        | 19,6                  |
| unständig                       | 22,3                     | 26,0                             | 47,6                                  | 33,2                       | 20,7                        | 29,4                  |
| eingengt                        | 31,4                     | 23,3                             | 33,3                                  | 42,6                       | 31,9                        | 47,1                  |
| perseverierend                  | 10,9                     | 12,3                             | 38,1                                  | 13,1                       | 7,4                         | 17,7                  |
| Grübeln                         | 20,4                     | 8,2                              | 16,7                                  | 19,5                       | 14,1                        | 27,5                  |
| Gedankendrängen                 | 6,3                      | 4,1                              | 2,4                                   | 13,7                       | 11,9                        | 3,9                   |
| ideenflüchtig                   | 10,1                     | 9,6                              | 9,5                                   | 12,0                       | 28,2                        | 5,9                   |
| Vorbeireden                     | 12,8                     | 12,3                             | 14,3                                  | 29,3                       | 34,1                        | 9,8                   |
| gesperrt/Gedankenabreißen       | 7,5                      | 8,2                              | 2,4                                   | 22,3                       | 8,9                         | 2,0                   |
| inkohärent/zerfahren            | 16,0                     | 20,6                             | 14,3                                  | 36,2                       | 42,2                        | 13,7                  |
| Neologismen                     | 2,4                      | 2,7                              | 2,4                                   | 7,8                        | 4,4                         | 2,0                   |
| <u>Befürchtungen und Zwänge</u> |                          |                                  |                                       |                            |                             |                       |
| Mißtrauen                       | 22,5                     | 32,9                             | 16,7                                  | 37,3                       | 26,7                        | 45,1                  |
| Hypochondrie (nicht wahnhaft)   | 9,0                      | 1,4                              | 11,9                                  | 3,6                        | 3,7                         | 5,9                   |
| Phobien                         | 3,3                      | 1,4                              | 7,1                                   | 1,7                        | 2,2                         | 5,9                   |
| Zwangsdenken                    | 5,7                      | 1,4                              | 0                                     | 5,6                        | 6,7                         | 7,8                   |
| Zwangsimpulse                   | 1,7                      | 0                                | 0                                     | 2,5                        | 1,5                         | 3,9                   |
| Zwangshandlungen                | 2,6                      | 1,4                              | 2,4                                   | 2,8                        | 0,7                         | 3,9                   |

| S y m p t o m                  | gesamtes<br>Patiententum | D i a g n o s e g r u p p e      |                                       |                           |                             |                       |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|                                |                          | akute<br>organische<br>Psychosen | chronische<br>organische<br>Psychosen | Schizophrene<br>Psychosen | Schizoaffektive<br>Psychose | Paranoide<br>Syndrome |
| <u>Wahn</u>                    |                          |                                  |                                       |                           |                             |                       |
| Wahn-Stimmung                  | 17,2                     | 28,7                             | 7,1                                   | 40,1                      | 40,7                        | 45,1                  |
| Wahn-Wahrnehmung               | 8,5                      | 12,3                             | 4,8                                   | 21,2                      | 19,3                        | 31,4                  |
| Wahn-Einfall                   | 8,2                      | 11,0                             | 7,1                                   | 18,4                      | 20,7                        | 11,8                  |
| Wahn-Gedanken                  | 14,4                     | 19,2                             | 7,1                                   | 34,3                      | 25,9                        | 39,2                  |
| systematisierter Wahn          | 7,3                      | 11,0                             | 2,4                                   | 20,3                      | 9,6                         | 23,5                  |
| Wahn-Dynamik                   | 11,5                     | 21,9                             | 2,4                                   | 27,0                      | 20,0                        | 35,9                  |
| Beziehungswahn                 | 14,3                     | 12,3                             | 4,8                                   | 35,9                      | 31,1                        | 39,2                  |
| Beeinträcht.-Verfolgungswahn   | 16,3                     | 35,6                             | 4,8                                   | 40,7                      | 25,2                        | 56,9                  |
| Eifersuchtschwahn              | 1,3                      | 1,4                              | 0                                     | 2,2                       | 5,9                         | 3,9                   |
| Schuldswahn                    | 4,4                      | 2,7                              | 0                                     | 3,3                       | 11,1                        | 3,9                   |
| Verarmungswahn                 | 1,6                      | 0                                | 0                                     | 0                         | 1,5                         | 3,9                   |
| hypochondrischer Wahn          | 1,9                      | 1,4                              | 7,1                                   | 3,1                       | 1,5                         | 3,9                   |
| Größenwahn                     | 4,4                      | 4,1                              | 2,4                                   | 8,7                       | 13,3                        | 7,8                   |
| andere Wahnhalte               | 4,1                      | 2,7                              | 0                                     | 9,5                       | 10,4                        | 13,7                  |
| <u>Sinnestäuschungen</u>       |                          |                                  |                                       |                           |                             |                       |
| Illusionen                     | 2,1                      | 9,6                              | 0                                     | 4,7                       | 4,4                         | 0                     |
| Stimmenhören                   | 10,2                     | 34,3                             | 4,8                                   | 27,0                      | 18,5                        | 19,6                  |
| andere akust. Halluzinationen  | 3,1                      | 12,3                             | 2,4                                   | 6,7                       | 4,4                         | 9,8                   |
| optische Halluzinationen       | 4,4                      | 35,6                             | 2,4                                   | 8,4                       | 3,7                         | 5,8                   |
| Körperhalluzinationen          | 3,5                      | 6,9                              | 2,4                                   | 11,1                      | 3,0                         | 7,8                   |
| Geruchs-/Geschmackshalluzinat. | 2,6                      | 5,5                              | 0                                     | 7,8                       | 1,5                         | 11,7                  |

| S y m p t o m                     | gesamtes<br>Patientengut | D i a g n o s e g r u p p e      |                                       |                           |                              |                       |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------|
|                                   |                          | akute<br>organische<br>Psychosen | chronische<br>organische<br>Psychosen | Schizophrene<br>Psychosen | Schizoaffektive<br>Psychosen | Paranoide<br>Syndrome |
| <u>Ich-Störungen</u>              |                          |                                  |                                       |                           |                              |                       |
| Derealisation                     | 5,3                      | 8,2                              | 2,4                                   | 12,3                      | 8,2                          | 5,9                   |
| Depersonalisation                 | 5,8                      | 4,1                              | 4,8                                   | 13,1                      | 10,4                         | 3,9                   |
| Gedankenausbreitung               | 4,4                      | 5,5                              | 0                                     | 14,8                      | 8,2                          | 3,9                   |
| Gedankenentzug                    | 2,3                      | 1,4                              | 0                                     | 8,1                       | 3,7                          | 7,8                   |
| Gedankeneingebung                 | 4,7                      | 2,7                              | 0                                     | 14,5                      | 11,1                         | 7,8                   |
| and. Fremdbeeinflussungs-Erleb.   | 5,5                      | 11,0                             | 4,8                                   | 14,5                      | 13,3                         | 11,8                  |
| <u>Störungen der Affektivität</u> |                          |                                  |                                       |                           |                              |                       |
| ratlos                            | 35,4                     | 32,9                             | 40,5                                  | 41,0                      | 48,2                         | 31,4                  |
| Gefühl der Gefühllosigkeit        | 7,9                      | 4,1                              | 9,5                                   | 5,3                       | 7,4                          | 7,8                   |
| affektarm                         | 19,3                     | 17,8                             | 19,1                                  | 34,5                      | 12,6                         | 5,9                   |
| Störung der Vitalgefühle          | 33,0                     | 16,4                             | 35,7                                  | 17,0                      | 20,0                         | 11,8                  |
| deprimiert                        | 58,2                     | 35,6                             | 54,8                                  | 35,4                      | 50,4                         | 54,9                  |
| hoffnungslos                      | 32,0                     | 16,4                             | 28,6                                  | 16,2                      | 23,0                         | 19,6                  |
| ängstlich                         | 46,7                     | 61,6                             | 42,9                                  | 39,0                      | 45,9                         | 54,9                  |
| euphorisch                        | 9,8                      | 9,6                              | 9,5                                   | 15,0                      | 23,0                         | 9,8                   |
| dysphorisch                       | 22,9                     | 24,7                             | 9,5                                   | 28,4                      | 23,7                         | 11,8                  |
| gereizt                           | 21,4                     | 27,4                             | 19,1                                  | 28,7                      | 31,9                         | 13,7                  |
| innerlich unruhig                 | 47,9                     | 46,6                             | 33,3                                  | 46,0                      | 51,9                         | 51,0                  |
| klagsam/jammerig                  | 22,7                     | 9,6                              | 21,4                                  | 9,8                       | 11,1                         | 15,7                  |
| Insuffizienzgefühle               | 31,8                     | 6,9                              | 26,2                                  | 15,0                      | 21,5                         | 17,6                  |
| gesteigerte Selbstwertgefühle     | 7,2                      | 4,1                              | 4,8                                   | 8,9                       | 9,6                          | 3,9                   |

| Symptom                                         | Gesamtes<br>Patientengut | Diagnosegruppe                   |                                       |                            |                              |                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|
|                                                 |                          | akute<br>organische<br>Psychosen | chronische<br>organische<br>Psychosen | Schizophrenie<br>Psychosen | Schizoaffektive<br>Psychosen | Paranoide<br>Syndrome |
| Schuldgefühle                                   | 16,6                     | 4,1                              | 7,1                                   | 7,0                        | 20,0                         | 11,8                  |
| Verammungsgefühle                               | 3,0                      | 1,4                              | 2,4                                   | 0,6                        | 0,7                          | 3,9                   |
| ambivalent                                      | 16,4                     | 9,6                              | 2,4                                   | 29,3                       | 31,9                         | 13,7                  |
| affektlabil                                     | 14,0                     | 13,7                             | 28,6                                  | 12,0                       | 17,8                         | 15,7                  |
| affektinkontinent                               | 5,2                      | 4,1                              | 9,5                                   | 3,1                        | 6,7                          | 3,9                   |
| affektstarr                                     | 13,7                     | 8,2                              | 19,1                                  | 27,6                       | 14,8                         | 13,7                  |
| Parathymie                                      | 9,6                      | 9,6                              | 0                                     | 25,1                       | 17,0                         | 7,8                   |
| <u>Antriebs- und psychomotorische Störungen</u> |                          |                                  |                                       |                            |                              |                       |
| antriebsarm                                     | 34,2                     | 27,4                             | 47,6                                  | 36,2                       | 28,9                         | 31,7                  |
| antriebsgehemmt                                 | 18,1                     | 4,1                              | 19,1                                  | 15,9                       | 19,3                         | 11,8                  |
| antriebsgesteigert                              | 20,4                     | 15,1                             | 19,1                                  | 26,7                       | 42,2                         | 11,8                  |
| motorisch unruhig                               | 32,4                     | 52,1                             | 31,0                                  | 40,0                       | 49,7                         | 19,6                  |
| Parakinesen                                     | 3,8                      | 4,1                              | 0                                     | 11,1                       | 4,4                          | 2,0                   |
| manipuliert/bizarrr                             | 7,1                      | 8,2                              | 0                                     | 20,1                       | 11,9                         | 2,0                   |
| theatralisch                                    | 7,8                      | 9,6                              | 2,4                                   | 6,7                        | 8,2                          | 5,9                   |
| mitotisch                                       | 4,8                      | 8,2                              | 4,8                                   | 9,8                        | 6,7                          | 7,8                   |
| logorrhöisch                                    | 9,0                      | 4,1                              | 11,9                                  | 11,4                       | 14,1                         | 13,7                  |
| <u>Circadiane Besonderheiten</u>                |                          |                                  |                                       |                            |                              |                       |
| morgens schlechter                              | 14,1                     | 4,1                              | 4,8                                   | 2,5                        | 7,4                          | 2,0                   |
| abends schlechter                               | 3,3                      | 11,0                             | 11,9                                  | 2,0                        | 1,5                          | 5,9                   |
| abends besser                                   | 3,1                      | 0                                | 2,4                                   | 0,3                        | 0,7                          | 0                     |

| S y m p t o m                | gesamtes<br>Patientengut | D i a g n o s e g r u p p e      |                                       |                           |                             |                       |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|                              |                          | akute<br>organische<br>Psychosen | chronische<br>organische<br>Psychosen | Schizophrene<br>Psychosen | Schizoaffective<br>Psychose | Paranoide<br>Syndrome |
| <u>Andere Störungen</u>      |                          |                                  |                                       |                           |                             |                       |
| sozialer Rückzug             | 34,4                     | 19,2                             | 40,5                                  | 45,4                      | 24,4                        | 31,4                  |
| soziale Untriebigkeit        | 9,5                      | 5,5                              | 7,1                                   | 11,7                      | 20,8                        | 2,0                   |
| Aggressivität                | 16,8                     | 19,2                             | 9,5                                   | 19,8                      | 17,8                        | 13,7                  |
| Suizidalität                 | 18,8                     | 12,3                             | 14,3                                  | 13,7                      | 14,1                        | 9,8                   |
| Selbstbeschädigung           | 8,8                      | 13,7                             | 4,8                                   | 15,0                      | 12,6                        | 5,9                   |
| Mangel an Krankheitsgefühl   | 21,8                     | 34,3                             | 26,2                                  | 36,0                      | 34,8                        | 27,5                  |
| Mangel an Krankheitseinsicht | 24,4                     | 28,7                             | 28,6                                  | 40,1                      | 32,6                        | 23,5                  |
| Ablehnung der Behandlung     | 10,5                     | 9,6                              | 11,9                                  | 17,6                      | 8,9                         | 9,8                   |
| pflegebedürftig              | 21,9                     | 39,7                             | 33,3                                  | 19,5                      | 27,4                        | 23,5                  |

## 7. Literaturverzeichnis

1. Alzheimer, A. (1910): Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. Z. f. d. g. Neur. u. Psych. Band 1, S. 1 - 19
2. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1972): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 2. Aufl., Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York
3. Bumke, O. (1919): Die Diagnose der Geisteskrankheiten. J. F. Bergmann, Wiesbaden
4. Degkwitz, R., Hoffmann, S.O., Kindt, H. (1982): Psychisch krank. Einführung in die Psychiatrie für das klinische Studium. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
5. Ditz, H. (1984): Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen Suchtkrankheiten und Oligophrenien. Dissertation, Universität München
6. Engelhardt, H. (1984): Psychopathologische Symptomatik, demographische Merkmale und Klinikaufenthaltsdauer von Patienten mit nichtorganischen Psychosen. Dissertation, Universität München
7. Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J., Cohen, J. (1976): The Global Assessment Scale. Arch Gen Psychiatry 33: 766-771
8. Kleist, K. (1928): Über zyklische, paranoide und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 23, S. 1
9. Leonhard, K. (1980): Aufteilung der endogenen Psychosen. 5. Auflage, Akademie-Verlag, Berlin
10. Moukriotis, T. (im Druck): Psychopathologische Symptomatik und demographische Merkmale der Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen nichtpsychotischen psychischen Störungen. Dissertation, Universität München

11. Wernicke, C. (1900): Grundriß der Psychiatrie. Thieme, Leipzig
12. World Health Organisation (1973): Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Dritte, korrigierte und erweiterte Auflage (8. Revision der ICD), Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York
13. World Health Organisation (1980): Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Fünfte Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippus danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. med. A. Strauß danke ich für die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Dipl.-Math. J. Scherer danke ich für die statistische Beratung und die Durchführung der rechnerunterstützten Datenauswertung.

Herrn M. Stranzinger danke ich für die Hilfe bei der Erstellung der Graphen und Abbildungen.

## Lebenslauf

Am 15. Juli 1958 wurde ich, Johann Konrad Wasner, als dritter Sohn meiner Eltern Josef Wasner, Landwirt, und Thekla Wasner in Passau geboren.

Ab 1964 besuchte ich die Volksschule in Karpfham. 1968 trat ich in den mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig des Gymnasiums in Pfarrkirchen ein, wo ich 1977 die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1978 begann ich das Studium der Zahnmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, das ich im Winter 1983 beendete.

Am 26. Juli 1983 erhielt ich die Approbation als Zahnarzt.







